

NYPL RESEARCH LIBRARIES



3 3433 05928873 2





\* 900







ГОДА ОДИНАДЦАТЫЙ.

1893.

ТОМЪ XXII — № 1.

АРХИВЪ

# ПСИХИТЪИ, ПСИХОЛОГЪИ

И

СУДБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГЪИ,

издаваемый подъ редакцией Н. Н. Ковалевскаго

проф. психиатрии и нервныхъ болезней при Харьк. университетѣ.

Въ журналъ принимаютъ участіе:

П. М. Автократовъ, Э. И. Андрускій, М. А. Аристовъ,  
Н. Н. Башенковъ, проф. В. М. Бехтеревъ, В. А. Брянецъ,  
В. А. Вѣляковъ, Я. А. Водинъ, Н. М. Васильевъ, В. Н. Ва-  
сильевъ, Я. В. Гаршенъ, З. В. Гутниковъ, А. А. Говсень,  
В. Ф. Гаденко, А. М. Головинъ, А. Р. Грунау, В. К. Дид-  
рихсонъ, Н. Добровольскій, А. П. Драгомановъ, И. Д. Жда-  
новъ, В. Н. Ергольскій, К. П. Ковалевская, проф. С. С. Кор-  
сиковъ, Н. П. Каменевъ, П. Н. Лещенко, И. П. Лебедевъ,  
Мальшинъ, проф. П. А. Миславскій, Н. И. Мухинъ, Д. І. Орбели,  
Н. Я. Платоновъ, Н. Н. Платовъ, проф. Н. М. Поповъ,  
М. И. Поповъ, А. О. Поповъ, Д. И. Поляковъ, А. И. Роте,  
Е. Сербскій, М. В. Слупскій, С. Н. Солятовъ, Е. П. Сулима,  
А. В. Тимофеевъ, В. А. Тихомировъ, А. А. Токатовъ, Н. А.  
Трапезный, А. Я. Тучковъ, А. Н. Тусновъ, проф. В. Ф. Чижъ,  
С. Н. Штейнбергъ, А. А. Яковлевъ и друг.

Подписная цѣна 8 р., экземпляры 1886, 87, 88, 89, 90, 91 и 92 гг.  
по 4 руб.; — 1893—10 руб.; подписка принимается въ Харьковѣ,  
Ново-Чернышевская ул., № 1.

Харьковъ, Типографія Зальберберга, Рыбная ул., № 25.



# ОГЛАВЛЕНІЕ.

	Стр.
Д-ръ М. Н. Половъ, О нейрогид и ея распредѣленіи въ области продолговатаго мозга и Варолиева моста у взрослого человека . . . . .	1
Д-ръ А. И. Ротъ, Исторія психіатріи въ Россіи и Польшѣ . . . . .	45
Д-ръ В. Н. Тусновъ, Обь алкогольныхъ параличахъ . . . . .	73
Д-ръ Н. И. Мухинъ, Къ ученію обь извращеніи зрачковой реакціи . . . . .	89
Д-ръ Ш. А. Аристовъ, Случай чистой двигательной афазіи . . . . .	96
Библиографія: Проф. В. М. Бехтеревъ, Проводящіе пути мозга, 103.—Д-ръ А. А. Токаревскій, Мериченье и болѣзнь судорожныхъ подергиваній, 103.—Д-ръ З. В. Гутниковъ, Матеріалы къ ученію о химическомъ составѣ головного мозга у человека, 103.—Проф. С. С. Корсаковъ, Курсъ психіатріи, 105.—Д-ръ А. В. Тиллофъ и М. В. Игнатъевъ, Основы психіатрической экспертизы, 105.—Д-ръ П. Н. Лащенко, Вліяніе электрическаго постояннаго тока на осмозъ черезъ мертвыя и живыя тѣла, 105.—Д-ръ С. А. Ббляковъ, О самоубійствѣ и несчастныхъ случаяхъ въ психіатрическихъ заведеніяхъ, 106.—Проф. С. М. Лукьяновъ, Основанія общей патологіи сосудистой системы, 108.—Д-ръ А. П. Ножниковъ, Къ симптоматологіи Базеловой или Гревсовой болѣзни, 108.—С. . Хрулевъ, Характеръ преступныхъ дѣланій душевно-больныхъ, 110.—Н. Закревскій, Обь ученіяхъ уголовно-антропологической школы, 113.—Prof. D'Abundo, Матеріалы къ изученію пальцевыхъ формъ, 113.—Prof. Marro, Токсическій психозъ, вызванный употребленіемъ косметики, содержащей ртуть, 114.—Dr Finajoli, Случай автоматизма, 114.—Prof. Wernicke, О фиксированныхъ идеяхъ, 115.—Dr Herz, Ступоръ при душевныхъ заболѣваніяхъ, 116.—Dr Kausch, Къ ученію о періодической параной, 116.—Prof. Salgo, Хроническая параноя, 116.—Dr Legaard, Астазія—абазія, 118.—Dr Kronthal und Kalischer, Случай прогрессивной хорей, 118.—Dr Forssberg, Случай острой ограниченной эдемы, 119.—Dr Bauke, Къ этиологіи острыхъ ангионейротическихъ или ограниченныхъ кожныхъ эдемъ, 120.—Prof. Flechsig, О новомъ способѣ леченія эпилепсін, 121.—Dr Benze, Джексоновская эпилепсія при вторичномъ сифилисѣ, 122.—Dr Jaksch, Вліяніе нейротоміи симпатическаго нерва на эпилепсію, 122.—Prof. Obersteiner, Отношеніе сифилиса къ общему параличу, 123.—Dr Dinkler, О значеніи и дѣйствиіи меркуріальнаго леченія при tabes dorsalis, 123.—Dr Redlich, Къ ученію обь измѣненіяхъ спинного мозга послѣ ампутаціи, 125.—Dr Schlesinger, Къ анатомическому діагнозу прогрессивнаго паралича на основаніи гистологическаго изслѣдованія спинного мозга, 126.—Dr Ballet, Брель преслѣдованій въ систематическомъ разитіи, 128.—Dr Raymond et Serieux, Базелова болѣзнь и психическое вырожденіе, 128.—Dr Berger, Слезивость въ Базеловой болѣзни, 129.—Dr Kjelmann, Два случая эпилептиформныхъ приступовъ вслѣдствіе пораженія носовой полости, 129.—Prof. Charcot, Случай перемежающейся хромоты вслѣдствіе	

**АРХИВЪ**  
**ПСИХІАТРІИ, НЕЙРОЛОГІИ**  
**И**  
**СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГІИ.**



годъ одиннадцатый. 1893. томъ XII—№ 1.

**АРХИВЪ**  
**ПСИХІАТРИИ, НЕЙРОЛОГИИ**

и

**СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ,**

**издаваемый редакціей П. И. Ковалевскаго,**

проф. психіатрии и нервныхъ болѣзней при Харьк. университетѣ.

---

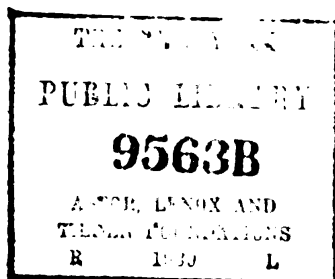
Въ журналѣ принимаютъ участіе:

П. М. Антократовъ, Э. И. Андрусовскій, М. А. Аристовъ,  
Н. Н. Важановъ, проф. В. М. Вехтеревъ, В. А. Вранцъ,  
С. А. Вѣляковъ, Я. А. Воткинъ, Н. М. Васильевъ, В. Н. Ва-  
сяткинъ, Я. В. Гиршонъ, З. В. Гутниковъ, А. А. Говсѣевъ,  
В. Ф. Галенко, А. М. Головина, А. Р. Грунау, В. К. Дид-  
рихсонъ, Н. Добротворскій, А. П. Драгомановъ, И. Д. Жда-  
новъ, В. Н. Ергольскій, Е. Н. Ковалевская, проф. С. С. Кор-  
саковъ, Н. П. Каменевъ, П. Н. Лащенко, И. П. Лебедевъ,  
Мальшинъ, проф. Н. А. Миславскій, Н. И. Мухинъ, Д. І. Орбели,  
И. Я. Платоновъ, П. П. Платовъ, проф. Н. М. Поповъ,  
М. Н. Поповъ, А. О. Поповъ, Д. И. Поляковъ, А. И. Роте,  
В. Сербскій, М. В. Слуцкій, С. Н. Совѣтовъ, Е. П. Сулима,  
А. В. Тимоеевъ, В. А. Тихомировъ, А. А. Токаровскій, П. А.  
Троицкій, Я. Я. Трутовскій, В. Н. Тусновъ, проф. В. Ф. Чижъ,  
С. И. Штейнбергъ, А. А. Яковлевъ и друг.

Подписная цѣна 8 р., экзemplары 1886, 87, 88, 89, 90, 91 и 92 гг.  
по 4 руб.,—1885—10 руб.; подписка принимается въ Харьковѣ,  
Ново-Чернышевская ул., № 1.

---

Харьковъ, Типографія Зильберберга. Рыбная ул., № 25.



---

Дозволено цензурою. Харьковъ. 12-го іюля 1890 г.

---



(Изъ гистологическаго кабинета проф. Н. К. Кульчицкаго).

## О нейроглии и ея распредѣленіи въ области продолговатаго мозга и Вароліева моста у взрослого человѣка.

М. Н. Поповъ.

Рѣшеніе вопроса о строеніи и распредѣленіи нейроглии въ центральной нервной системѣ составляетъ одну изъ труднѣйшихъ задачъ микроскопій. Kölliker по этому поводу въ четвертомъ изданіи своей гистологіи высказался, что въ строеніи нейроглии очень скоро удастся достигнуть общаго согласія. И дѣйствительно, не смотря на многочисленныя и тщательныя работы, мы до сихъ поръ не имѣемъ окончательно выработаннаго ученія не только относительно функціональнаго назначенія нейроглии, но даже не имѣемъ болѣе или менѣе полнаго согласія относительно строенія составляющихъ ее элементовъ. Различные наблюдатели смотрятъ различно, какъ на ея фізіологическую функцію, такъ и на структуру. Самые старыя изслѣдователи принимали ее за простое межуточное вещество (Bindemasse), подобное тому, которое встрѣчается и у всѣхъ прочихъ органовъ. Затѣмъ ей стали приписывать другую задачу—поддерживать нервныя элементы, почему стали называть нейроглию просто поддерживающей тканью (Stützgewebe). Ramon y Cayal высказалъ новый взглядъ на ея функціональное отправление. Онъ полагаетъ, что нейроглія предназначена для изоляціи нервнаго тока отъ контакта, при прохожденіи по нервнымъ клѣточкамъ и волокнамъ. Laudowsky, основываясь на томъ, что отростки нейроглическихъ клѣтокъ представляютъ собой трубочки, видитъ въ нейроглии питательную основу для центральной нервной системы.

Взгляды на эмбріональное происхожденіе и на гистологическое ея строеніе еще болѣе различны. Прежніе наблюдатели видѣли въ нейроглии двоякаго рода основу: одна составляетъ, такъ называемыя, мозговыя перекладки и состоитъ изъ обыкновенныхъ соединительно-тканыхъ волоконъ, вѣдряющихся въ мозгъ вѣстѣ съ сосудами изъ мягкой мозговой оболочки;

другая—представляетъ мелко-зернистое вещество. Это мелко-зернистое вещество вызвало особенно оживленные споры. Стоитъ только обратить вниманіе на тѣ названія, которыя давались ему, чтобы понять, до какой степени различно смотрѣли на строеніе нейроглии. Такъ, это вещество считали за *molekulär, körnig oder granulirt, feingranulirt, feinkörnig, punktförmig, amorph oder formlos, gelatinos oder gellartig, swammig (spongiosa), netzförmig, körnigfaserig*. Прежніе гистологи старались главнымъ образомъ уяснить себѣ строеніе нейроглии и оставляли въ сторонѣ вопросъ относительно эмбриональнаго развитія. Только со времени изслѣдованій, главнымъ образомъ Ewald'a и Kühne на эту сторону стали обращать исключительное вниманіе. Ewald и Kühne, помощью своего метода перевариванія тканей желудочнымъ и панкреатическимъ сокомъ, обнаружили присутствіе въ нейроглии особаго вещества — нейрокератина, которое по своимъ реакціямъ показываетъ одинаковыя свойства съ роговой тканью. На основаніи этихъ химическихъ свойствъ, они высказали предположеніе, что эмбриологически нейроглия должна происходить изъ наружнаго зародышеваго листа. Вскорѣ былъ предпринятъ цѣлый рядъ уже чисто эмбриологическихъ работъ. Но и здѣсь мы встрѣчаемъ очень много различныхъ мнѣній, иногда прямо противорѣчащихъ другъ другу. Одни признаютъ, что всѣ элементы нейроглии эктодермальнаго происхожденія, другіе допускаютъ вѣстѣ съ тѣмъ образованіе нѣкоторыхъ частей ея изъ вышедшихъ лейкоцитовъ, третьи наблюдали вѣдреніе нѣкоторыхъ волоконъ изъ мягкой мозговой оболочки. Тѣмъ не менѣе изученіе строенія нейроглии представляетъ глубокой интересъ и не только со стороны гистологической, но и патологической. Извѣстно, что при страданіяхъ спинного и головного мозга, напр., при *paralysis progressiva* нѣкоторые изслѣдователи наблюдали особенно значительное увеличеніе гліозныхъ элементовъ. В. Lewis <sup>1)</sup> приписываетъ даже особую функцію нейроглическимъ клѣткамъ. Онъ называетъ ихъ «чистильщиками» (*scavenger*) и думаетъ, что онѣ питаются на счетъ распада нервныхъ клѣтокъ и такимъ образомъ выполняютъ задачу уничтоженія продуктовъ распада.

Такую массу противорѣчивыхъ мнѣній можно объяснить только той трудностью, которую представляетъ изученіе ней-

<sup>1)</sup> В. Lewis, A Text-book of Mental Diseases: with special reference to the pathological aspects of insanity. 1889, London, p. 500.

роглии вообще. Прежде всего затрудненіе встрѣчается въ самомъ методѣ изслѣдованія. Нѣкоторые элементы гліозной ткани очень нѣжны и волокна ея вообще необыкновенно тонки. Даже при самыхъ сильныхъ увеличеніяхъ послѣднія представляются нѣстами въ видѣ очень тонкихъ паутипокъ. Нужно особенно рельефную окраску для такихъ частей, чтобы онѣ были болѣе или менѣе ясно видимы; въ противномъ же случаѣ можно повторить слова проф. Н. К. Кульчицкаго: <sup>1)</sup> «микроскопъ есть такой инструментъ, помощью котораго можно видѣть не только то, что есть въ дѣйствительности, но и то, чего на самомъ дѣлѣ нѣтъ, но желательно наблюдателю». Другого рода препятствіе заключается въ томъ, что въ центральной нервной системѣ имѣется необыкновенно большое количество гліозныхъ элементовъ. Gierke совершенно правъ, говоря, что даже тончайшихъ разрѣзовъ недостаточно для выясненія подробностей строенія, и что въ этихъ случаяхъ лучше всего пользоваться обломками разрѣзовъ. При хорошей окраскѣ нейроглии на разрѣзахъ, превышающихъ 15—20  $\mu$  въ толщину почти невозможно разобрать въ той массѣ волоконъ, которыя представляются глазу. Особенно трудно разобрать въ сѣромъ веществѣ. Здѣсь даже на препаратахъ, не превышающихъ толщиною 5  $\mu$ , нейроглическія волокна представляютъ такое густое сплетеніе, что часто невозможно точно установить рѣшеніе того или другого вопроса. Сравнительно болѣе легкимъ является изученіе строенія нейроглии спинного мозга. Громадное большинство изслѣдователей только и ограничивалось изслѣдованіемъ его, предполагая, что остальные части нервной системы, представляютъ аналогичное строеніе. Поэтому мы имѣемъ крайне мало подробныхъ работъ о распредѣленіи нейроглии въ такихъ частяхъ, какъ продолговатый мозгъ и Варолиевъ мостъ. Благодаря любезному предложенію проф. Н. К. Кульчицкаго воспользоваться новымъ методомъ, рекомендуемымъ имъ для окраски нейроглии, я рѣшилъ приступить къ описанію именно этихъ, мало изслѣдованныхъ, отдѣловъ центральной нервной системы.

Если не считать работъ Keuffel'я и Arnold'a, которые пользовались довольно грубыми методами изслѣдованія, то можно назвать Virchow'a первымъ, который указалъ на существованіе соединительной стромы во всѣхъ частяхъ центральной нерв-

<sup>1)</sup> Проф. Н. К. Кульчицкій, Основы практической гистологій. Часть I р. 53. 1889.

ной системы. По изслѣдованіямъ Keuffel'я <sup>1)</sup> и Arnold'a, опубликованнымъ въ 1811 и 1838 годахъ, видно, что названные авторы уже различали особую поддерживающую строу отличную отъ нервныхъ частей. По ихъ мнѣнію, она существуетъ въ двухъ видахъ: въ бѣломъ веществѣ является въ формѣ трубчатой ткани (такъ называемые неврилемные каналцы, назначенные для удержанія жидкаго мозговаго вещества), въ сѣромъ—въ видѣ ретикулярной ткани. Однако эти работы не обратили на себя должнаго вниманія и большинство склонялось къ тому мнѣнію, что всѣ элементы мозговой ткани нервные. Даже послѣ сообщенія Virchow'a нѣкоторые особенно упорно держались этого воззрѣнія.

Первыя наблюденія, опубликованныя Virchow'ымъ <sup>2)</sup>, относятся къ 1846 году и касаются стѣнокъ мозговыхъ желудочковъ. Онъ доказалъ, что подъ эпителиемъ ихъ прилежитъ непосредственно не слой нервныхъ волоконъ, но настоящая соединительная ткань, которая, углубляясь далѣе, можетъ проходить въ нервную. Въ 1853 году онъ опубликовалъ второй свой трудъ <sup>3)</sup>, гдѣ высказалъ идею, что основное вещество, соединительно-тканной природы находится диффузно во всѣхъ отдѣлахъ центральной нервной системы, окружая и связывая всѣ нервные элементы. Этому связующему веществу онъ далъ особое названіе—«нейроглія», которое удержалось и до сихъ поръ (*τὸ νεῦρον*—нервъ и *ἡ γλῖα*—Kitt, Leim, спайка, клей). Онъ приписалъ ей роль цемента, въ который погружены всѣ нервные элементы, и который служитъ главнымъ иѣстомъ отложенія сохрога amylosea. По его мнѣнію, нейроглія въ свѣжемъ состояніи представляется иѣжно-зернистымъ веществомъ съ особенно большими продолговато-овальными ядрами, которыя принадлежатъ мягкимъ и иѣжнымъ клѣточкамъ. У желудочковъ это вещество сгущается и выступаетъ, какъ грубый ободокъ по поверхности нервныхъ волоконъ. У старыхъ и больныхъ субъектовъ она грубѣе, чѣмъ

<sup>1)</sup> Keuffel, Ueber das Rückenmark. Reil's und Autenrieths Archiv für Physiologie Bd. 19, 1811. Цитир. по Golgi, Sulla fina Anatomia degli organi centrali del sistema nervoso. 1886. Milano.

<sup>2)</sup> Virchow, Ueber das granulirte Ansehen der Wandungen der Hirnventrikel. Zeitschr. für Psychiatrie, 1846. Цит. Virchow. Gesammelte Abhandlungen. Francf a/M. 1856.

<sup>3)</sup> Virchow, Ueber eine im Gehirn und Rückenmark gefundene Substanz mit der chemischen Reaction der Cellulose. Archiv f. Pathol. Anatomie und Physiologie. Bd. 1853. Цит. ibid.

у молодыхъ, и чѣмъ грубѣе, тѣмъ больше сходства приобретаетъ съ обыкновенной соединительной тканью. Даже у одного и того же индивидуума она имѣетъ различный характеръ, являясь то волокнистой, то зернистой, то однородной. Болѣе подробнаго описанія этого промежуточнаго вещества авторъ не далъ; тѣмъ не менѣе его работы возбудили живой интересъ, и вскорѣ появилась цѣлая серія работъ въ этомъ направленіи. Съ того времени почти всѣ изслѣдователи стали признавать существованіе особаго промежуточнаго вещества въ центральной нервной системѣ. Но что это за вещество, каковъ его характеръ и строеніе, а также происхожденіе и химическій составъ, еще долгое время не могли придти ни къ какому опредѣленному рѣшенію. Различныя школы придерживались различныхъ воззрѣній. Школа Bidder'a различала въ спинномъ мозгу, кромѣ отростковъ мягкой мозговой оболочки, еще самостоятельное поддерживающее вещество. Къ послѣднему, по Bidder'у <sup>1)</sup>, принадлежатъ: 1) волокна, которыя отъ тончайшихъ нервныхъ фибрилъ (голыхъ осевыхъ цилиндровъ) отличаются тѣмъ, что не имѣютъ связи съ нервными клѣтками; 2) клѣтки, которыя отличаются отъ нервныхъ своей незначительной величиной, ничтожнымъ числомъ отростковъ, индифферентностью къ хромовой кислотѣ, что составляетъ совершенную противоположность нервнымъ клѣткамъ, такъ какъ послѣднія окрашиваются въ интенсивный желтый цвѣтъ; 3) безформенную массу, о которой Bidder говоритъ, что она въ свѣжемъ состояніи и послѣ обработки щелочами, является студенисто-прозрачной, въ хромо-кислыхъ препаратахъ—мелкозернистой. Въ бѣломъ веществѣ спинного мозга она, подобно губкѣ, представляетъ многочисленныя, идущіе въ различныхъ направленіяхъ, промежутки, въ которыхъ заложены нервныя волокна. Ее можно доказать и въ сѣромъ веществѣ, но яснѣе всего она замѣтна у концовъ нитей, въ окрестности центрального канала и subst. gelat. заднихъ столбовъ. Въ нее переходятъ безъ замѣтной границы пучки соединительно-тканыхъ волоконъ, на которыя дѣлятся отростки мягкой мозговой оболочки, входящія въ спинной мозгъ. Рѣзкаго различія между соединительно-ткаными и нервными волокнами Bidder не на-

---

<sup>1)</sup> Bidder und Kupffer, Untersuchungen über die Textur des Rückenmarks und die Entwicklung seiner Formelemente. Leipzig. 1857.



шелъ. Jacobowitsch <sup>1)</sup> заявилъ, что не только между волокнами, но даже и клѣточками нервными и соединительно-ткаными нѣтъ яснаго различительнаго критерія. Промежуточное вещество онъ изображаетъ нѣжно-гранулированной массой, которая мѣстами представляется сѣтевидной.

Leydig <sup>2)</sup> въ своей гистологii, говоря о строеніи нервныхъ центровъ, упоминаетъ, что связующее вещество состоитъ изъ нѣжно-зернистой массы съ отдѣльными ядрами. Они виѣстѣ съ сосудами образуютъ родъ простого сплетенія, въ промежуткахъ котораго залегаютъ первичныя нервныя волокна и гангліозныя клѣтки. На нѣкоторыхъ мѣстахъ, на примѣръ, въ спинномъ мозгу, эта ткань плотнѣе и обладаетъ настоящими соединительно-ткаными тѣльцами. Substantia gelatinosa цѣликомъ состоитъ изъ соединительной ткани.

Рядъ другихъ изслѣдователей, какъ Henle <sup>3)</sup>, Stilling <sup>4)</sup>, Uffelman <sup>5)</sup>, Stephany <sup>6)</sup>, Mauthner <sup>7)</sup>, держались еще пока того воззрѣнія, что промежуточное вещество нервной природы. По Henle эта субстанція во всѣхъ скопленіяхъ сѣраго вещества мозга, представляется слившейся и нераздѣльной массой гангліозныхъ клѣточекъ, изъ которой потомъ и образуются послѣднія. И гистологически, значить, и химически онъ принималъ ее за нервное вещество. Споры касались главнымъ образомъ сѣраго вещества головного мозга и мозжечка. Такъ, Wagner <sup>8)</sup> сѣрое вещество, покрывающее извилины названныхъ частей, считалъ за слившуюся гангліозную массу, представляющуюся въ видѣ довольно однороднаго мелкозернистаго слоя. Kölliker <sup>9)</sup> замѣтилъ присутствіе свободныхъ ядеръ въ большой моз-

<sup>1)</sup> Jacobowitsch, Mittheilungen über die feinere Structur des Gehirns und Rückenmarks. 1857.

<sup>2)</sup> Leydig, Lehrbuch der Histologie des Menschen und der Thiere. 1857.

<sup>3)</sup> Henle, Gewebelehre. 1859.

<sup>4)</sup> Stilling, Neue Untersuch. über den Bau des Rückenmarks. Cassel. 1857.

<sup>5)</sup> Uffelman, Zeitschrift für rationelle Medicin. Bd. VIII.

<sup>6)</sup> Stephany, Beitr. z. Histologie der Rinde des Grossen Gehirns. Dorpat. 1860.

<sup>7)</sup> Mauthner, Beiträge zur näheren Kenntniss der Morphologischen Elemente der Nervensystems. Wien. 1862. Цит. изъ Untersuch. Deiters.

<sup>8)</sup> Wagner, Krit. und experiment. Untersuch. über den Funct. d. Hirns. Götting. Nachricht. 1859. Цит. по Henle.

<sup>9)</sup> Kölliker, Гистологія, 4-е изд.

говой спайкѣ. Gerlach<sup>1)</sup> находилъ ихъ въ наружныхъ слояхъ бѣлаго вещества мозжечка. Berlin<sup>2)</sup>, изслѣдовавшій только извилины большого мозга, доказывалъ, что зерна его имѣютъ связь съ нервными клѣтками и волокнами, т. е. подтверждалъ то, что раньше высказано было Gerlach'омъ для мозжечка. Всѣ эти наблюдатели принимали промежуточное вещество за зернистую массу. Stephany, напротивъ, описываетъ въ корѣ большого мозга вездѣ, гдѣ до этихъ поръ видѣли мелкозернистое вещество, густую сѣть тонкихъ нитей, не окрашивающихся карминомъ. Онъ называетъ ее конечной сѣтью мозговой коры, съ которой соединяются отростки нервныхъ клѣтокъ и нервныя волокна. Внутри ея лежатъ свободныя ядра и круглыя клѣточки, значеніе которыхъ еще не выяснено.

Послѣ работы Schultze<sup>3)</sup> наступаетъ новый стадій, когда болѣе или менѣе прочно и надолго устанавливается тотъ фактъ, что зернистое вещество принадлежитъ соединительной ткани. Изслѣдованія его касаются молекулярнаго слоя сѣтчатки глаза, но относятся сюда потому, что въ то время находили тождество между этимъ слоемъ и зернистымъ веществомъ большого и малаго мозга. За соединительно-тканное вещество принимали потому, что зернистые слои представлялись, по своему виду, необыкновенно сходными съ строеніемъ лимфатическихъ железъ.

Къ такому взгляду вскорѣ примкнулъ и Henle. Kölliker<sup>4)</sup>, утверждалъ положительно, что въ сѣромъ веществѣ мозга, при увеличеніи въ 300 разъ, не встрѣчается такой сѣти, которую описывалъ Stephany, но при сильныхъ увеличеніяхъ (№ 10-й Gartner'a) замѣчается нѣчто похожее на сѣточку retinae Schultze. Тѣмъ не менѣе онъ признаетъ мелкозернистую массу поверхностныхъ слоевъ коры за особую ткань, обладающую нѣсколько отличными свойствами, какъ отъ простой соединительной ткани, хотя и представляетъ мѣстами сѣточку, такъ и отъ нервной.

<sup>1)</sup> Gerlach, *Micr. Studien aus dem Gebiete der Menschl. Morphologie*. Erlibid. 1858.

<sup>2)</sup> Berlin, *Beitrag. z. Structurlehre d. Grosshirnwindungen*. Erl. 1858.

<sup>3)</sup> Schultze, *Observat. de retinae structura*, Bonn. 1859. Цит. по Henle und Merkel.

<sup>4)</sup> Kölliker, *Гистологія или ученіе о тканяхъ*. Перев. съ 4-го изданія Ковалевскаго. 1865.

Рядъ послѣдующихъ наблюдателей: Fromman, Hesling, Stieda и др. старается разяснить этотъ вопросъ въ томъ или другомъ смыслѣ, модифицируя каждый по своему строеніе нейроглии, однако въ общемъ придерживаясь воззрѣній высказанныхъ раньше Henle и Kölliker'омъ.

Новыя и очень важныя открытія по вопросу о строеніи нейроглии были сдѣланы Deiters'омъ <sup>1)</sup>. Заслуга его заключается прежде всего въ томъ, что онъ описалъ особую форму клѣточекъ, снабженныхъ очень длинными отростками. По Deiters'у, въ центральной нервной системѣ встрѣчаются двоякаго рода клѣточные элементы. Однѣ клѣточки имѣютъ богато развитую протоплазму—онѣ несомнѣнно нервныя. Другія снабжены очень скудной протоплазмой и принадлежатъ соединительно-тканнымъ частямъ. Принципъ этого дѣленія онъ основываетъ на томъ, что всѣ клѣточки съ болѣе развитой протоплазмой имѣютъ несомнѣнную связь съ нервными волокнами. Совершенно своеобразно онъ высказывается относительно тѣхъ элементовъ, которые прежними авторами считались за свободныя ядра, снабженные особой мембраной. Deiters дѣлитъ ихъ на нѣсколько типовъ. Одни изъ нихъ имѣютъ ясно видимое ядро, но почти лишены всякаго слѣда протоплазмы. Другіе окружены тонкимъ слоемъ массы, которая, при изолированіи, распадается на нѣжную, неравномѣрно-зернистую сѣть, теряющуюся въ порозномъ, основномъ веществѣ. Наконецъ, встрѣчаются формы, которыя по большинству лишены обыкновенной протоплазмы, но окружающій слой тѣмъ не менѣе не принимаетъ характера межучочнаго вещества. Окружающая ихъ масса вытягивается въ длинныя, гладкія, блестящія нити, которыя тѣсно прилегаютъ къ ядру, какъ къ своему исходному пункту. Это и есть настоящія звѣздчатыя клѣточки, описанныя впервые Deiters'омъ. Лучше всего ихъ можно видѣть въ бѣломъ веществѣ.

Вокругъ блестящаго ядра, въ которомъ незамѣтно ни одного ядрышка, лучеобразно отходить множество отростковъ, которые вначалѣ имѣютъ рѣзко-контурированный видъ и обладаютъ значительнымъ блескомъ. У изолированныхъ клѣточекъ эти отростки довольно подвижны и неломки. На своемъ пути они многократно дѣлятся, но всегда дихотомически. Отростки эти достигаютъ иногда необыкновенной длины, такъ что ихъ можно

<sup>1)</sup> Deiters, Untersuchungen über Gehirn und Rückenmark des Menschen und der Säugethiere. Herausgeg. von Schultze. 1865.

признать нѣстами даже за самостоятельныя волокна, если проглядѣть связь съ описаннымъ клѣточнымъ тѣломъ. Отъ осевыхъ цилиндровъ они отличаются не только гистологически, но и по своему химическому составу. Первые легко разрушаются при дѣйствіи щелочей и кислотъ даже при первой мацерациі, тогда какъ отростки нейроглическихъ клѣтокъ противостоятъ ихъ дѣйствію. Описанные звѣздчатые элементы встрѣчаются не только въ бѣломъ веществѣ, но и въ сѣромъ, хотя не вездѣ и не всегда легко ихъ можно видѣть. По мнѣнію автора, сѣтъ subst. gelat. centr. всецѣло состоитъ изъ отростковъ подобныхъ клѣточекъ. Здѣсь же можно видѣть, какъ они проникаютъ въ мягкую мозговую оболочку и между клѣточками эпителія центральнаго канала.

Такимъ образомъ Deiters устанавливаетъ важный фактъ, что по крайней мѣрѣ одна часть соединительнаго вещества центральной нервной системы состоитъ изъ отростковъ клѣточныхъ элементовъ. Другую часть составляетъ порозная, губчатая масса, имѣющая зернистый видъ и хорошо окрашивающаяся карминомъ. Онъ называетъ ее основною массою (Grundmasse), въ которую заложены клѣточные эквиваленты въ различныхъ стадіяхъ своего развитія. Количество ея крайне измѣнчиво. Она не одинаково тѣсно соединена съ различными клѣточными элементами. такъ что при изолированіи первичныя нервныя волокна являются почти свободными отъ нея, тогда какъ гангліозныя клѣточки и ихъ отростки покрываются ею въ видѣ сѣтки. Deiters не согласенъ съ мнѣніемъ Henle, будто-бы эта зернистость есть искусственный продуктъ, и находить, что свертывающее дѣйствіе такихъ жидкостей, какъ двухромокислая кали и хромовая кислота, особенно въ первые 2—3 дня, слишкомъ ничтожно. На свѣжихъ препаратахъ эта зернистость остается даже при обработкѣ слабыми щелочами. Болѣе крѣпкіе щелочи также не удаляютъ ея окончательно. Онъ не согласенъ также съ мнѣніемъ Kölliker'a, что эта губчатая масса должна рассматриваться, какъ соединеніе анастомозирующихъ клѣточныхъ элементовъ. При извѣстныхъ условіяхъ эти отростки могутъ анастомозировать, но во всякомъ случаѣ ихъ количество далеко не такъ велико, чтобы образовывать такую обильную зернистую массу. Губчатое вещество однако можетъ принимать и волокнистый видъ, который вѣроятно не бываетъ при жизни, но получается при условіяхъ мацерациі. Эти волокнистые тяжи, образовавшіеся изъ порозной массы, имѣютъ неравномѣрный разорванный видъ, легко

могутъ быть смѣшаны съ нервными волокнами и тѣмъ скорѣе, чѣмъ больше мацерация. Съ особенной охотой они располагаются вокругъ свободныхъ ядеръ и особенно легко ихъ получить въ корковомъ слое мозжечка, гдѣ онѣ окружаютъ большія клѣточки. Эту губчатую (*schwammige*) массу, по гистологическому ея строенію, авторъ считаетъ интерцеллюлярнымъ веществомъ въ томъ смыслѣ, что по существу своему она принадлежитъ къ заключеннымъ въ ней клѣточкамъ, какъ видоизмѣненная масса этихъ послѣднихъ. Она является продуктомъ протоплазмы, но не просто, какъ сама протоплазма, а уже болѣе или менѣе видоизмѣненной и химически неодинаковой.

Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ центральной нервной системы эта масса поддерживается самостоятельной волокнистой основой. Эти волокнистыя образованія повидимому не имѣютъ связи съ звѣздчатыми клѣточками. Такія сомнительныя мѣста можно найти, напр. тамъ, гдѣ отростки мягкой мозговой оболочки проникаютъ въ центральную массу. Здѣсь можно видѣть особыя волокна, которыя ни въ коемъ случаѣ не принадлежатъ клѣточнымъ отросткамъ и въ то же время не похожи на вышеописанную искусственную волокнину. Эти фибриллы, входящія отвѣсно въ *subst. gelatin. centr.* и тамъ постепенно теряющіяся, составляютъ, по мнѣнію Deiters'a, переходъ обыкновенной соединительной ткани мягкой мозговой оболочки въ своеобразную губчатую массу центральной нервной системы.

Вопросъ, куда причислить эту порозную массу, къ соединительно-тканному типу, или же къ нервнымъ образованіямъ, авторъ рѣшаетъ не на основаніи гистологическихъ данныхъ, а чисто фізіологическимъ путемъ. По его мнѣнію, всѣ элементы, какъ нервные, такъ и соединительно-тканные образуются изъ эпителиальныхъ клѣточекъ, расположенныхъ вокругъ центрального канала. По строенію очень часто трудно бываетъ отличить нервную клѣточку отъ такой, которая не имѣетъ связи съ нервнымъ волокномъ. Но клѣточки, не имѣющія связи съ нервнымъ волокномъ, очевидно лишены и специфической функціи, почему ихъ и можно не считать за нервные. Точно также порозная масса, у которой нѣтъ опредѣленной функціи, должна быть отнесена не къ нервнымъ, а къ соединительно-тканнымъ образованіямъ. Слѣдовательно, онъ вмѣстѣ съ *Schultze*, отрицаетъ за этой губчатой массой значеніе *matrix* для нервныхъ элементовъ и считаетъ ее идентичной съ основнымъ веществомъ сѣтчатки *Schultze*.



У Deiters'a мы встрѣчаемъ также описаніе частичнаго распределенія этого вещества не только въ спинномъ мозгу, но и въ продолговатомъ, хотя очень краткое и далеко не полное. По его мнѣнію, оно распределено крайне не равномерно. Меньше всего его въ бѣломъ веществѣ. Здѣсь губчатая масса доведена до *minimum*'а и расположена вокругъ нервныхъ волоконъ. Окружая первичныя нервныя волокна, она играетъ здѣсь вѣроятно роль Швановской оболочки. Въ петляхъ между нервными волокнами на поперечныхъ разрѣзахъ здѣсь особенно въ большомъ количествѣ встрѣчаются, такъ называемыя, свободныя ядра. Какъ и Kölliker, онъ утверждаетъ, что и въ бѣломъ веществѣ не вездѣ имѣется одинаковое скопленіе губчатой массы. Точно также не вездѣ одинаковы по величинѣ и количеству ядерныя элементы. Но наибольшее различіе представляютъ сѣрыя массы, которыя на нѣкоторыхъ мѣстахъ едва-ли заслуживаютъ этого названія. Чѣмъ больше находится губчатой массы и чѣмъ меньше мякотныхъ волоконъ, тѣмъ больше это мѣсто принимаетъ студенистый видъ. Особенно прекрасный студенистый видъ имѣетъ ядро блуждающаго нерва. Въ спинномъ мозгу, на всемъ протяженіи бѣлаго вещества, имѣется сравнительно самая правильная сѣть, которая съ одной стороны раздѣляетъ восходящіе нервныя пути на большіе пучки, а съ другой даетъ сѣтевидныя отростки внутрь между отдѣльными первичными волокнами. Въ сѣромъ веществѣ имѣется болѣе диффузное распространеніе, которое соотвѣтствуетъ вообще неравномерному ходу волоконъ и клѣточекъ. Въ общую схему немаловажное измѣненіе вносятъ отростки мягкой мозговой оболочки, которые имѣютъ наклонность фибриллярно распадаться и затѣмъ теряются въ губчатой массѣ. Въ продолговатомъ мозгу грубое распределеніе соединительной ткани осложняется запутаннымъ строеніемъ сѣрыхъ массъ. По большей части нельзя уже такъ рѣзко разграничить сѣрыя и бѣлыя массы, такъ какъ тяжи бѣлаго вещества пронизываютъ сѣрое въ очень часто мѣняющемся количествѣ. Въ этомъ смыслѣ продолговатый мозгъ можно назвать сѣтью перекладинъ изъ сѣрыхъ массъ, въ петляхъ которой проходятъ пучки нервныхъ волоконъ. Эта сѣть перекладинъ состоитъ по большей части изъ соединительной ткани, достаточно развитой и такого типа, какъ она вообще окружаетъ нервныя клѣтки. Во многихъ мѣстахъ такая соединительная ткань совершенно лишена нервныхъ клѣтокъ и пронизана исключительно отростками послѣднихъ. На нѣкого-

рыхъ мѣстахъ можетъ не быть даже и отростковъ, какъ это наблюдается у начала ядеръ оливъ, въ ядрахъ Голлевскихъ пучковъ и проч. Послѣ раскрытія центрального канала у дна четвертаго желудочка остается еще, какъ продолженіе центральной студенистой массы, скопленіе соединительной ткани. Наибольшаго развитія онъ достигаетъ у дна Варолиева моста, у начала Trochlearis и Aquaeductus Silvii. Въ большинствѣ случаевъ можно замѣтить связь этой обыкновенной соединительной ткани съ pia mater.

Fromman <sup>1)</sup> видѣлъ сѣть волоконъ нейроглии въ спинномъ мозгу какъ на свѣжихъ препаратахъ, такъ и на препаратахъ уплотненныхъ различнымъ образомъ. Перекладины ея при увеличеніи въ 350 разъ видны, какъ свѣтлыя полоски, достигающія отъ 0,001—0,006 мм. въ поперечникѣ. Онѣ суть ни что иное, какъ отростки клѣточекъ, достигающіе иногда до 0,18 мм. длины и проходящіе черезъ многія нервныя волокна. Частота ихъ анастомозовъ мѣняется, такъ что на извѣстныхъ мѣстахъ между двумя продольными волокнами имѣется отъ 3 до 6 соединяющихъ волоконъ, тѣсно прилежащихъ другъ къ другу; въ другихъ мѣстахъ продольныя волокна на далекомъ протяженіи идутъ совершенно свободно. Распределеніе сѣти и направленіе волоконъ вообще не одинаково въ различныхъ областяхъ спинного мозга: такъ, у subst. gelatinosa волокна имѣютъ преимущественное направленіе кнутри, тогда какъ волокна у фиссуральной части переднихъ пучковъ кажутся то сходящимися, то расходящимися и при частомъ перекрещиваніи идутъ въ видѣ лучей въ сѣрое вещество и комиссуру. Такимъ образомъ его воззрѣніе на строеніе нейроглии отчасти согласно съ описаніемъ Deiters'a. Независимо отъ послѣдняго онъ также описалъ настоящія клѣточки нейроглии, снабженныя очень длинными отростками.

Исслѣдованія Besser'a <sup>2)</sup> и его послѣдователя Arndt'a <sup>3)</sup> касаются исключительно новорожденныхъ или болѣе или менѣе молодыхъ особъ. Besser находитъ, что нейроглія зародышей есть matrix всѣхъ позднѣйшихъ тканевыхъ частей и по своему формативному характеру она заслуживаетъ особаго названія нейроглии новорожденныхъ. Она составлена 1) изъ молекулярнаго вещества, которое есть ни что иное, какъ родъ

<sup>1)</sup> Fromman, Anatomie des Rückenmarks. 1866.

<sup>2)</sup> Besser, Archiv für Anatomie und Physiologie. Bd. XXXVI.

<sup>3)</sup> Arndt, Archiv für Microscop. Anatomie. Bd. III.

сѣти очень тонкихъ гліозныхъ волоконцевъ или ихъ вѣточекъ. Особенно зернистый (punctförmig) видъ принимаетъ она вокругъ клѣточныхъ образованій. Эта зернистость есть ни что иное, какъ поперечные разрѣзы гліозныхъ вѣточекъ (gliareiser). Второй составной частью ея являются гліозныя ядра. Они соотвѣтствуютъ отчасти эмбриональнымъ клѣточкамъ, отчасти ядрамъ соединительно-тканыхъ тѣлецъ мозга, отчасти гангліознымъ тѣльцамъ и, можетъ быть, свободнымъ ядрамъ коры. Онѣ положительно доказываютъ связь этихъ ядерныхъ образованій съ гліозными волокнами и постепенный переходъ ихъ. Эти волокна, или какъ онѣ ихъ называетъ gliareiser, кажутся какъ бы всаженными въ пузырькъ, который образуетъ гліозное ядро. Изъ такой нейроглии образуются ганглии; въ то время какъ гліозныя ядра съ ихъ сѣтью, воспринимая сокъ, растутъ,—первыя дѣлаются овальными, въ серединѣ ихъ образуется ядрышко, а окружающая сѣть гліозныхъ вѣточекъ превращается въ студенистую, просвѣчивающую массу, изъ которой образуется протоплазма; другія же вѣточки, которыя лежатъ болѣе периферически, превращаются въ отростки этихъ клѣточекъ. Нервы точно также образуются изъ нейроглии. Тончайшія нити гліозныхъ вѣточекъ достигаютъ особаго развитія и дѣлаются осевыми цилиндрами. Оболочка его, т. е. тѣ частички, которыя составляютъ непрерывную связь съ члениками вѣточки, превращается въ мозговую оболочку осевого цилиндра. Относительно судьбы свободныхъ ядеръ онѣ не дѣлаютъ никакихъ опредѣленныхъ указаній,—предполагаетъ только, что они навсегда остаются такими и образуютъ части гліозной массы, которая даетъ поддерживающій остовъ для подроставшей нервной ткани. Можно думать, что эти ядра такъ же, какъ и тонкія поперечныя волокна идутъ на образованіе периневра.

Изслѣдованія Arndt'a производились главнымъ образомъ на дѣтскихъ мозгахъ: 1—2 дневнаго возраста, 8 дневнаго, недоношеннаго 8—14 дней и наконецъ 4½—5 мѣсячнаго зародыша. Результаты изслѣдованій мозга молодыхъ собакъ (2—11 дневныхъ) показали сходство съ результатами, полученными на человѣческихъ мозгахъ. Авторъ нашелъ, что въ корѣ зародышей и новорожденныхъ имѣются ядра, которыя заключены въ узкія веретенообразныя, крайне тонкостѣнные клѣточки, которыя по обѣимъ сторонамъ въ длину даютъ длинныя, тонкія волокна, теряющіяся въ волокнистой ткани. Ядра, какъ и сосуды, окружены пѣжной, студенисто-губчатой, мелко-

зернистой и волокнистой по виду тканью. Нервныхъ волоконъ или совѣтъ нѣтъ, или же они имѣются только лишь въ сомнительныхъ формахъ. Зернисто-волокнистую массу, скопляющуюся вокругъ скученныхъ ядеръ, гораздо лучше и рельефнѣе можно видѣть, если обработать препараты азотнокислымъ серебромъ, или хлорнымъ золотомъ. Въ такомъ случаѣ она рѣзко выдѣляется по своей интенсивной окраскѣ отъ окружающей ткани, и ясно видно, какъ она скопляется въ видѣ колецъ вокругъ ядеръ. На расщипанныхъ препаратахъ, окрашенныхъ карминомъ, иногда онъ находилъ отдѣльныя ядра, которыя были окрашены кругловатыми, продолговатыми или треугольными массами зернисто-волокнистой субстанціи. Далѣе, онъ говоритъ, что слѣдуетъ разсматривать ядра съ ихъ оболочкой, какъ клѣтки, протоплазма которыхъ модифицирована для опредѣленныхъ цѣлей. Онъ вполне согласенъ съ ученіемъ Besser'a относительно образованія гангліевъ изъ гліозныхъ ядеръ и окружающихъ волоконцевъ. Какъ и Besser, онъ предполагаетъ образованіе осевыхъ цилиндровъ изъ гліозныхъ вѣточекъ. Последнія при образованіи пріобрѣтаютъ особую плотность, отпадаютъ отъ ядеръ, вокругъ которыхъ, вслѣдствіе обработки препаратовъ уплотняющими жидкостями, образуются щелевидныя пространства (*Ramausparungen*). Дѣлаются ли эти ядра по исполненіи своей задачи меньше, какъ объ этомъ упоминаетъ Besser, авторъ не утверждаетъ, но думаетъ, что это весьма вѣроятно. По его мнѣнію, эти ядра впослѣдствіи не играютъ никакой роли и лишены всякой функціи. Авторъ думаетъ, что они впослѣдствіи могутъ подвергаться различнымъ патологическимъ процессамъ: ожирѣнію, амилоидной дегенераціи и проч. Тѣмъ не менѣе, онъ встрѣчалъ ихъ не въ одномъ только мозгу зародышей, но и у взрослыхъ людей.

Stieda <sup>1)</sup> изслѣдовалъ центральную систему рыбъ и нашель, что сѣрое вещество извѣстныхъ частей головного и спинного мозга состоитъ изъ нѣжно зернистой ткани, тогда какъ соединительная ткань бѣлаго вещества напротивъ того представляетъ клѣточную сѣть, ядра которой находятся отчасти въ узловыхъ пунктахъ, отчасти примыкаютъ къ волокнамъ. Такимъ образомъ, по его ученію, въ центральной нервной системѣ находится двоякаго рода основное вещество: гранулиро-

<sup>1)</sup> Stieda, Archiv für Anatomie 1864. Zeitschr. für wissenschaft. Zoologie Bd. XVIII.

ванное и ретикулярное. Между ними можно наблюдать и переходныя формы, напр. у окружности центральныхъ мозговыхъ полостей, гдѣ сѣрая основная масса принимаетъ сѣтчатый видъ, но переходъ въ томъ смыслѣ, что съ положительностью нельзя утверждать, имѣетъ ли она сѣтчатый или мелкозернистый характеръ.

Henle и Merkel <sup>1)</sup> разсматриваютъ основное вещество центральной нервной системы, какъ диффузное нѣжнозернистое или молекулярное, которое похоже на свернувшійся *chilus*. Оно составлено изъ гомогенной плотно-мягкой основы, въ которой находится масса точкообразныхъ молекулъ. Въ это вещество заложены, какъ нервныя элементы (нервныя клѣтки и волокна), такъ и кровеносныя сосуды и соединительно-тканныя волокна. Henle и Merkel не относятъ соединительно-тканныя волокна къ центральному органу, но считаютъ ихъ чуждыми элементами, вторгнувшимися изъ *pia mater*, въ сопровожденіи сосудовъ, въ молекулярную массу. Къ такимъ чуждымъ элементамъ они относятъ и звѣздчатые соединительно-тканныя клѣтки и безотростчатые тѣльца. Всѣ эти образования суть дериваты мягкой мозговой оболочки, а не собственной стромы спинного мозга. Нѣжно зернистая масса образуетъ тонкій краевой слой въ спинномъ мозгу, гдѣ кромѣ нервныхъ волоконъ, находятся также элементарныя части соединительной ткани, которыя у однихъ животныхъ (овца, быкъ, кошка) находятся въ большемъ числѣ, у другихъ (кроликъ, свинья, морская свинья) въ меньшемъ. Авторы никогда не наблюдали постепеннаго перехода войлочной соединительной ткани въ узкопетлистую сѣтевидную. Напротивъ, чѣмъ дальше отъ мягкой мозговой оболочки, тѣмъ густота волоконъ все меньше и меньше, но сами волокна не становятся короче, и ихъ анастомозы не дѣлаются чаще. Чѣмъ глубже, тѣмъ большій перевѣсъ получаетъ зернистое вещество и мѣсто звѣздчатыхъ соединительно-тканныхъ сѣточекъ заступаютъ круглыя, безотростчатые тѣльца, которыя находятся вообще вездѣ въ нѣжно-зернистой массѣ. Въ подобныхъ изслѣдованіяхъ вообще авторъ большое значеніе приписываетъ, какъ качеству оптическихъ снарядовъ, такъ и способу обработки препаратовъ. Такъ, при изслѣдованіи препаратовъ, уплотненныхъ въ хромовой кислотѣ, онъ въ

<sup>1)</sup> Henle und Merkel, Ueber die sogenannte Binde-substanz der Centralorgane des Nervensystems. Zeitschrift für rationele Medicin. XXXIII, 1868.

извѣстныхъ мѣстахъ наблюдалъ волокнистые слои, тогда какъ въ свѣжемъ состояніи и при уплотненіи въ алкоголь тѣ же мѣста являются нѣжно-зернистыми. Тѣмъ не менѣе существуетъ разница между этой нѣжнозернистой массой, являющейся иногда въ видѣ войлочной сѣти, и обыкновенной соединительной тканью,—и не только гистологическая, но и химическая. На разрѣзахъ свареннаго спинного мозга нѣжно-зернистое вещество, которое здѣсь похоже на протоплазму гангліозныхъ клѣточекъ, становится темнѣе, но не измѣняетъ своего объема, тогда какъ соединительная ткань мягкой мозговой оболочки и перегородокъ студенисто взбухаетъ. Между мягкотными нервными волокнами бѣлыхъ пучковъ спинного мозга находится преимущественно мелкозернистая масса, если не считать рѣдкихъ сосудовъ, эластическихъ волоконъ и соединительно-тканыхъ фибриллъ.

Эта масса разграничиваетъ не только мягкотныя волокна, но и отдѣльныя первичныя волокна. Идентичность ея съ нѣжно-зернистымъ веществомъ корковаго слоя доказывается предыдущимъ опытомъ, отличающимъ ее отъ обыкновенной клей—дающей соединительной ткани, а также и тѣмъ, что она даетъ одинаковыя реакціи на слабыя кислоты и щелочи, именно: если обработать поперечный разрѣзъ спинного мозга ѣдкимъ кали и затѣмъ промыть водою, то краевой слой и перегородочное вещество размягчаются и нервныя волокна распадутся; слабый растворъ уксусной кислоты заставляетъ только и то и другое блѣднѣть и взбухать, но связь нервныхъ волоконъ при этомъ не нарушается. Къ образованіямъ, которыя могутъ быть смѣшаны съ нейрогліей, принадлежатъ тончайшія нервныя волокна. Чтобы отличить ихъ отъ соединительно-тканыхъ волоконъ можно пользоваться различными методами. Также, какъ и Bastian, Henle думалъ, что Bröner'овская жидкость очень пригодна для растворенія нервного мозга, но оказалось, что нервы, хотя и дѣлались свѣтлѣе отъ нея, но, при обработкѣ алкоголемъ, снова темнѣли. Тѣмъ не менѣе на разрѣзахъ, обработанныхъ этой жидкостью можно получить иногда въ первое время дѣйствія реагента, иногда только при высыханіи препарата, отдѣльныя мѣста, на которыхъ все просвѣтлено, кромѣ темныхъ осевыхъ цилиндровъ и внѣшнихъ рѣзкихъ контуръ мозга. На такихъ мѣстахъ ясно виденъ ходъ нервныхъ волоконъ. На продольныхъ разрѣзахъ болѣе толстые осевые цилиндры смѣняются пучками болѣе тонкихъ, идутъ параллельно другъ другу, извиваясь и не

давая развѣтвленій. На поперечныхъ разрѣзахъ кружки, соотвѣтствующіе болѣе толстымъ осевымъ цилиндрамъ, окружены группою точекъ, которыя ничто иное, какъ поперечные сръзъ болѣе тонкихъ осевыхъ цилиндровъ. Для тѣхъ частей центральной нервной системы, гдѣ нервныя волокна заложены въ нѣжно-зернистое вещество или въ зерновую массу, Henle рекомендуетъ примѣненіе раствора ѣдкаго кали и промываніе въ дистиллированной водѣ. При этихъ условіяхъ зерна и мелко-зернистое вещество исчезаютъ, а нервныя волокна выступаютъ довольно явственно съ своими шероховатыми контурами.

Gerlach'омъ <sup>1)</sup> былъ предложенъ слѣдующій методъ для центральной нервной системы вообще и для распознаванія хода нервныхъ волоконъ въ частности: по возможности свѣжіе кусочки спинного мозга уплотняются въ двухромокисломъ (1—2 процентномъ) аммоніѣ. Эти кусочки послѣ уплотненія переносятъ въ растворъ goldchlorid kalium'a и оставляютъ тамъ на 10—12 часовъ, сохраняя препараты въ темнотѣ. Растворъ этотъ готовится изъ 1 части хлористаго золота и 10000 частей воды, слабо-подкисленной уксусной или соляной кислотой. Если сѣрое вещество едва окрасилось, а бѣлое приняло блѣдно-лиловый оттѣнокъ, то препараты переносятъ въ смѣсь 1 часть соляной кислоты и 2—3000 частей воды и промываютъ тамъ нѣсколько минутъ. Можно также оставлять препараты на 10 минутъ въ растворѣ 1 части соляной кислоты въ 1000 частей 60% алкоголя. Затѣмъ препараты переносятъ въ абсолютный алкоголь на нѣсколько минутъ, просвѣтляютъ креозотомъ и закрѣпляютъ въ канадскій бальзамъ. По прошествіи 6—8 часовъ всѣ волокна, принадлежащія нервной системѣ окрашиваются въ темно-фіолетовый цвѣтъ, соединительная же ткань остается слегка блѣдно-синей. Если хотятъ окрасить нервныя клѣточки, то нужно, прежде, чѣмъ класть разрѣзы въ растворъ золота, положить ихъ въ какой нибудь другой металлическій растворъ, лучше всего въ слабый растворъ соляно-кислаго урана или хлористаго палладія, и оставить тамъ на нѣсколько часовъ. Волокна при этомъ становятся почти черными, нервныя клѣтки и ихъ отростки темнокрасными, а ядра совершенно безцвѣтными.

Henle и Merkel, примѣнявшіе этотъ методъ нашли, что большая часть волоконъ такъ называемыхъ сѣрыхъ роговъ спин-

<sup>1)</sup> Gerlach. Zur Anatomie des menschl. Rückenmarks. Medicin. Centralblatt. № 24 и 25. 1867.

ного мозга и волокна сѣрой комиссуры суть нервныя волокна. Что касается безотросчатыхъ тѣлецъ, такъ называемыхъ зеренъ (Körner), которыя всюду встрѣчаются въ центральной нервной системѣ, то названные авторы также не высказываютъ окончательнаго рѣшенія относительно ихъ значенія. Они считаютъ ихъ клѣточными ядрами и раздѣляютъ на 2 рода: однѣ имѣютъ шероховатый контуръ и зернистую поверхность, другія гладкій контуръ и свѣтлую поверхность. Первые, въ свѣжемъ состояніи и послѣ обработки уксусной кислотой, представляются въ видѣ клѣточного ядра, окруженнаго узкимъ, тонкимъ и блѣднымъ ободкомъ, вторыя, при всякой обработкѣ, остаются простыми ядрами. По большей части они шаровидной формы 0,006 — 0,007 mm. въ поперечникѣ, но встрѣчаются также эллиптическія, угловатыя и плоскія. Ихъ относительное количество очень различно; они то близко лежатъ другъ около друга, образуя даже группы, то болѣе или менѣе разсѣянно. Очень много ихъ можно видѣть на продольныхъ пучкахъ въ спинномъ мозгу. Henle и Merkel не причисляютъ эти свободныя ядра ни къ чисто нервнымъ, ни къ соединительно-тканнымъ образованіямъ, но, по ихъ мнѣнію, они могутъ дѣлаться тѣми или другими, смотря по мѣстности, въ которой находятся. Такимъ образомъ, вопросъ относительно, такъ называемыхъ, свободныхъ ядеръ или зеренъ (Körner oder Kerne) остается еще далеко не рѣшеннымъ. Эти образованія, которыя возбуждали такой интересъ въ средѣ изслѣдователей, находятъ въ Henle и Merkel'ѣ, какъ бы примирителей всѣхъ существовавшихъ воззрѣній. Valentin и Wagner, самые старые изслѣдователи ихъ, смотрѣли на эти ядра, какъ на эксудативныя тѣльца. Затѣмъ, на основаніи ихъ сходства съ лимфатическими тѣльцами железъ, ихъ стали считать за настоящія лимфатическія тѣльца. Когда появилось ученіе Conheim'a и Stricker'a, относительно выселенія изъ кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ безцвѣтныхъ кровяныхъ шариковъ и блуждающихъ тѣлецъ Recklinghausen'a, ихъ стали принимать за блуждающіе элементы (Walther). Fraentzel<sup>1)</sup> ихъ принималъ за ядра плоскаго эпителія и видѣлъ границы ихъ клѣточного тѣла, какъ на свѣжихъ препаратахъ, такъ и на посеребрённыхъ.

Henle и Merkel высказываютъ, что раздѣлительныя оболочки (Scheidewande) гангліозныхъ клѣтокъ, кромѣ ядеръ

<sup>1)</sup> Fraentzel, Archiv für Pathol. Anatom. und Physiolog. Bd. XXXVIII.



нервныхъ волоконъ и гангліозныхъ сосудовъ, содержатъ также шарообразныя ядра, которыя въ извѣстныхъ случаяхъ могутъ превращаться въ эпителий. Точно также Henle и Merkel не отрицаютъ возможности существованія блуждающихъ клѣтокъ, какъ и того, что они могутъ подвергаться различнымъ дегенеративнымъ метаморфозамъ. Gerlach <sup>1)</sup> различаетъ въ мягкой мозговой оболочкѣ, облекающей спинной мозгъ, два слоя: одинъ изъ нихъ легко снимается и состоитъ изъ продольныхъ волоконъ; другой крѣпко прилежитъ къ бѣлому веществу, не снимается и состоитъ изъ циркулярныхъ волоконъ. Въ *fissura anterior* входятъ оба слоя, въ *posterior* только внутренній. Отростки соединительной ткани мягкой мозговой оболочки проникаютъ въ вещество мозга на подобіе нервовъ листа и образуютъ тамъ перекладины. Эти перекладины многократно пересѣкаются и образуютъ ромбическаго вида фигуры, приблизительно отъ 0,03 до 0,09 mm. въ поперечникѣ. Самыя толстыя перекладины, отходящія отъ поверхности спинного мозга, имѣютъ въ поперечникѣ отъ 0,015 до 0,020 mm. Въ серединѣ ихъ находятся нервныя волокна. Перекладины и слой, окружающій спинной мозгъ, состоятъ изъ фибриллъ соединительной ткани, которыя исчезаютъ при обработкѣ щелочами, и тогда выступаютъ тонкія эластическія волокна.

На хромовыхъ препаратахъ, окрашенныхъ карминомъ, при прибавленіи уксусной кислоты, обнаруживаются клѣточные элементы съ сильно окрашеннымъ ядромъ и болѣе или менѣе многочисленными, иногда вѣтвящимися, отростками. Непосредственно вблизи щелей соединительная ткань принимаетъ уже другой характеръ. Фибриллы исчезаютъ, а вмѣсто нихъ появляется нѣжно-зернистое вещество, которое однако стоитъ въ непрерывной связи съ фибриллами, проникаетъ въ щели перекладинъ и выполняетъ ихъ такъ, что остается мѣсто лишь для вертикальныхъ волоконъ, которыя она окружаетъ со всѣхъ сторонъ. Эта нѣжно-зернистая масса пронизана по всѣмъ направленіямъ тонкими волокнами, которыя образуютъ сѣтъ. Авторъ не согласенъ ни съ мнѣніемъ Kölliker'a, который рассматриваетъ эти волокна, какъ сѣтъ звѣздчатыхъ клѣтокъ, которыя имѣютъ ту особенность, что ихъ отростки разнообразно развѣтвляются, ни съ Henle и Merkel'емъ, которые только по виду сравниваютъ ихъ съ эластическими во-

<sup>1)</sup> Gerlach, Handbuch der Lehre von den Geweben des Menschen und der Thiere.—Herausg. Stricker. 1872.

•

локнами, но по калибру волоконъ, ихъ свѣтопреломляемости и химическимъ свойствамъ причисляютъ къ соединительно-тканнымъ фибрилламъ. Gerlach думаетъ, что эти волокна не соединительно-тканныя, но эластическія, на основаніи сходства ихъ съ волокнами сѣтчатого хряща противостоятъ дѣйствию щелочей. Кромѣ того еще одно обстоятельство убѣждаетъ его въ томъ. Въ нѣжно-зернистомъ веществѣ находятся клѣточные образованія въ различномъ разстояніи другъ отъ друга и показываютъ всѣ переходныя формы клѣточного ядра съ скудно окруженной протоплазмой до совершенно развитыхъ клѣтокъ соединительной ткани, снабженныхъ отростками. Карминный амиакъ окрашиваетъ эти клѣтки и ихъ отростки, но волокнистая сѣть остается неокрашенной.

Нейроглія сѣраго вещества стоитъ въ связи съ нейрогліей бѣлаго. Она служитъ опорой для нервныхъ частицъ. Перегородки бѣлаго вещества, при вступленіи въ сѣрое, теряютъ свой фибриллярный характеръ и принимаютъ видъ той ткани, которую авторъ описываетъ, какъ связующее вещество отдѣльныхъ нервныхъ волоконъ (Bindemittel). Своеобразное строеніе она обнаруживаетъ вокругъ центрального канала и отчасти у заднихъ роговъ (Substantia gelat. Roll.). Центральный каналъ выстланъ цилиндрическимъ эпителиемъ, который отдѣленъ отъ слоя нервныхъ волоконъ. Этотъ эпителий, снабженный у внутренняго конца ворсинками на дѣтскихъ мозгахъ и безъ ворсинокъ на взрослыхъ, у наружнаго конца имѣетъ отростокъ, который доходитъ иногда до волокнистой соединительной ткани. Пространство между этими отростками выполнено чрезвычайно нѣжно-зернистой массой, которую Gerlach считаетъ за соединительную ткань, гдѣ нѣтъ нѣжной эластической сѣти. Въ этой массѣ находятся ядерныя клѣтки, окруженныя небольшимъ количествомъ протоплазмы, которая съ возрастомъ увеличивается въ числѣ и по всей вѣроятности развиваются изъ эпителиныхъ клѣточекъ. Подъ слоемъ нѣжно-зернистаго вещества находится крайне узкопетлистая сѣть тонкихъ волоконъ, въ которой мѣстами встрѣчаются клѣточные элементы. Она соединительно-тканнаго типа и отличается отъ нейрогліи сѣрыхъ гнѣздъ только тѣмъ, что тѣ сѣтевидныя волокна, которыя авторъ считаетъ за эластическія, встрѣчаются въ большемъ количествѣ. Эпендима центрального канала съ обѣихъ сторонъ и сзади окружена сѣтью тонкихъ нервныхъ волоконъ. Subst. gelat. Roll. очень бѣдна нервными элементами и состоитъ изъ соединительной ткани.

Здѣсь чрезвычайно мало ядерныхъ клѣточныхъ элементовъ съ различнымъ количествомъ протоплазмы. Gerlach, слѣдовательно, смотритъ на нейроглию, какъ на соединительную ткань, которая состоитъ главнымъ образомъ изъ трехъ формовыхъ частей: нѣжно-зернистой массы, клѣточныхъ элементовъ и эластическихъ волоконъ.

Работа Jastrowitz'a <sup>1)</sup> интересна въ томъ отношеніи, что мы встрѣчаемъ въ ней описаніе особаго рода клѣтокъ, названныхъ авторомъ наукообразными: (Spinnenzellen). Свои изслѣдованія авторъ производилъ исключительно на уплотненныхъ мозгахъ. Онъ находитъ, что свѣжій мозгъ не удобенъ для изученія потому, что въ такихъ случаяхъ видны только мозговые волокна и кровеносные сосуды. Также мало, по его мнѣнію, пригодны слабые растворы  $\text{KOCrO}_5$  и только постепенно усиливающіеся растворы двухромокислаго калия могутъ настолько уплотнить мозгъ, что потомъ можно видѣть, особенно при окраскѣ карминомъ, и другіе элементы. Въ нейроглии центральной нервной системы онъ различаетъ двоякаго рода ткань: нѣжно-зернистую и соединительно-тканную. При увеличеніи въ 900—1100 разъ и на замороженныхъ препаратахъ, авторъ находилъ, что эта мелкозернистая масса состоитъ изъ малѣйшихъ точкообразныхъ частицъ, которыя иногда удлинены въ одномъ направленіи и представляются въ видѣ продолговатыхъ или овальныхъ пластинокъ. Они слипаются въ безпорядкѣ между собою, но авторъ никогда не замѣчалъ, чтобы онѣ образовывали сѣть, какъ описываетъ ее Besser и Arndt. Онѣ лишь присоединяются къ различнаго рода волокнамъ, которыя образуютъ сѣть, но эти волокна не принадлежатъ къ молекулярной массѣ, а являются простыми соединительно-тканными волокнами или нервными. Онъ не согласенъ съ воззрѣніями тѣхъ изслѣдователей, которые предполагаютъ, что зернышки лишь заложены въ молекулярное вещество. Напротивъ, зернышки сами по себѣ составляютъ мелкозернистую массу. Очень возможно, что она вначалѣ и бываетъ гомогенной, но въ послѣдствіи принимаетъ зернистый видъ. По своему значенію онъ склоненъ считать ее скорѣе за нервную ткань, чѣмъ за соединительно-тканную. Это зернистое вещество одѣваетъ осевые цилиндры новорожденныхъ и съ возра-

<sup>1)</sup> Jastrowitz, Studien über die Encephalitis und Myelitis des ersten Kindesalters. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten Band. III, Hf. I.

стомъ начинаетъ исчезать, параллельно образованію мозговыхъ оболочекъ нервныхъ волоконъ. Исчезаніе его указываетъ на то, что оно требуется на образованіе мозговой мякоти, что можно до извѣстной степени прослѣдить на препаратахъ. Такимъ образомъ авторъ рассматриваетъ его не только, какъ поддерживающую ткань (*Stützsubstanz*), но какъ особый родъ эмбриональнаго мозга, который прежде всего исполняетъ функцію изолированія осевыхъ цилиндровъ. Для сѣрыхъ массъ взрослыхъ субъектовъ она имѣетъ тоже значеніе.

Кромѣ мелко-зернистаго вещества, въ нейроглии онъ различаетъ еще волокнистыя образованія и различнаго вида клѣточные элементы. На продольныхъ разрѣзахъ уплотненныхъ препаратовъ онъ видѣлъ, кромѣ нервныхъ волоконъ и осевыхъ цилиндровъ, огромное количество другихъ волоконъ, которыя мѣстами коротки, очень тонки, мѣстами болѣе толсты, извилисты, стекловиднаго блеска. Нерѣдко онѣ дѣлятся и имѣютъ особаго рода припуханія (*Anschwellung*). Хотя эти припуханія довольно характерны и отличны отъ извѣстныхъ четко-образныхъ вздутій осевыхъ цилиндровъ уже по одному своему организованному виду и волокна по своему *habitus* напоминаютъ соединительную ткань, какъ это примѣрно встрѣчается въ *reticulum* лимфатической железы, тѣмъ не менѣе далеко не всегда можно отличить ихъ отъ осевыхъ цилиндровъ. Что это за волокна, авторъ не высказываетъ отдѣльнаго мнѣнія, хотя по нѣкоторымъ даннымъ и склоненъ считать ихъ за соединительно-тканнныя. Связи ихъ съ ядрами онъ не видѣлъ.

Для обнаруженія клѣточныхъ элементовъ, Iastrowitz кромѣ окраски карминомъ, рекомендуетъ еще слѣдующій методъ обработки препаратовъ: разрѣзы изъ уплотненнаго до плотно-мягкой консистенціи мозга окрашиваютъ сильно гематоксилиномъ, протравляютъ въ растворѣ квасцовъ и обезвоживаютъ въ карболовой кислотѣ. При этихъ условіяхъ мозговая мякоть исчезаетъ совершенно, тогда какъ соединительно-тканнныя волокна и перекладныя, а также и клѣточки остаются окрашенными. Помощью этого метода онъ могъ убѣдиться, что кромѣ, такъ называемыхъ, свободныхъ ядеръ (*Kerne*) существуютъ еще другіе довольно разнообразнаго вида гліозные элементы. Свободныя ядра рѣзко окрашиваются и имѣютъ большое сходство съ эмбриональными клѣточками. Если смотрѣть на нихъ съ поверхности, то они кажутся кругловатой формы, съ краевъ — чечевицеобразной. Они снабжены простымъ рѣзкимъ, темнымъ контуромъ и узкой, свѣтлой, прозрачной

протоплазмой, въ которой заложены 1—2—3 зернышка неравношѣрной величины, но одинаково свѣтлыя. Ихъ величина колеблется въ зависимости отъ возраста и мѣста находженія. Иногда они лежатъ рядами: 2—3—5 другъ за другомъ, нерѣдко даже двойными рядами и тройными. Такія ядра, имѣющія узкій ободокъ протоплазмы, довольно многочисленны. Они не имѣютъ отростковъ и волокна кажутся только приклеенными къ нимъ (*förmlich aufge kittet*). Встрѣчаются иногда ядра, съ болѣе ясно выраженнымъ слоемъ протоплазмы, которая даетъ вокругъ себя, какъ настоящіе отростки, толстыя и тонкія нити. Эти отростки развѣтвляются и образуютъ сѣть, петли которой могутъ быть различной величины. Кромѣ этихъ форменныхъ элементовъ, существуютъ еще настоящія, звѣздчатая тѣльца, похожія на соединительно-тканныя клѣточки, которыя отличаются отъ послѣднихъ только своей меньшей величиной. Онѣ чаще всего находятся у сосудовъ. Попадаются также веретенообразные элементы съ 1—2 ядрышками и различно развитымъ клѣточнымъ тѣломъ, которое вытягивается на двухъ полюсахъ въ длинныя отростки. Довольно своеобразный видъ представляютъ клѣточки полостей желудочковъ мозга и въ частности четвертаго, такъ что авторъ называетъ ихъ даже прототипомъ гліозныхъ клѣточекъ. Большинство ихъ обладаютъ веретенообразной формой, но встрѣчаются также кругловатыя, угольчатая и даже цилиндрическія. Ихъ длина въ 2—3 раза больше ширины. Для маленькихъ клѣточекъ это отношеніе = 0,007 — 0,01 : 0,004 — 5, для большихъ 0,012 — 17 : 0,005 — 7. Ихъ протоплазма менѣе прозрачна и болѣе зерниста. Ядро лежитъ часто у какого нибудь одного конца, велико, овальной формы, съ большими зернышками. Отъ клѣтки отходитъ необыкновенное множество отростковъ, которые идутъ по всѣмъ направленіямъ и теряются въ молекулярной массѣ, которая пристаётъ къ нимъ. Это—настоящія наукообразныя клѣточки (*Spinnenzellen*). Чѣмъ ближе къ полости желудочка, тѣмъ чаще ихъ можно встрѣтить. Онѣ тѣсно прилежатъ другъ къ другу, отсылая отростки назадъ и по сторонамъ, и въ концѣ концовъ образуютъ эпендимный эпителий, лежащій другъ около друга. При этомъ онѣ претерпѣваютъ модификацію: ихъ отростки отпадаютъ и замѣняются свѣтлымъ, двояко-контурнымъ ободкомъ. Изъ боковыхъ и заднихъ очень нѣжныхъ и ломкихъ отростковъ выдѣляется особенной толщиною одинъ, который служитъ иногда единственной опорой клиновидной эпителиальной клѣточки. Мѣстами виденъ пере-

ходъ въ него клѣточного тѣла. Связь между нимъ и другими клѣточками вѣроятно имѣется, но ее очень трудно доказать. Авторъ находитъ поэтому, что эпителий желудка соединительно-тканной природы—ложный эпителий или эндотелий. Почти одновременно съ Iastrowitz'емъ открыты были эти паукобразныя клѣточки Golgi <sup>1)</sup>. Онъ называетъ эти свободныя и типическіе элементы лучистыми (cellule ragiate) и находилъ ихъ во всѣхъ отдѣлахъ центральной нервной системы. По его мнѣнію, вся интерстиціальная строма нервныхъ центровъ, если не исключительно, то во всякомъ случаѣ преимущественно, составлена изъ подобныхъ лучистыхъ клѣточекъ, имѣющихъ явственно выраженное тѣлице, отъ котораго отходитъ безчисленное множество отростковъ по всѣмъ направленіямъ. Многіе изъ нихъ достигаютъ очень значительной длины и мѣстами входятъ въ стѣнки сосудовъ. Это главное положеніе, какъ мы увидимъ ниже, онъ поддерживаетъ и въ дальнѣйшихъ своихъ работахъ.

Исслѣдованіями Golgi и Iastrowitz'a во всякомъ случаѣ былъ твердо установленъ тотъ фактъ, что въ составъ нейроглии входятъ такія клѣточки, которыя обладаютъ очень длинными, многочисленными и тонкими отростками, идущими отъ клѣточного тѣла по всѣмъ направленіямъ. Почти всѣ послѣдующіе исслѣдователи находили ихъ и описывали съ большими или меньшими варіаціями. Количественное отношеніе ихъ различными авторами принималось различно. По Golgi они главнымъ образомъ составляютъ нейроглическую основу, по другимъ большую часть ея. Немногіе однако упорно не признавали ихъ существованія. Особенное разнообразіе клѣточныхъ формъ нейроглии мы встрѣчаемъ у Boll'я <sup>2)</sup>. Исслѣдованіе Boll'я производилось главнымъ образомъ на расщипанныхъ препаратахъ. Для этого онъ бралъ свѣжіе кусочки спинного мозга, клалъ ихъ на 1—2 дня въ слабый растворъ хромовой кислоты и затѣмъ расщипывалъ. Наиболѣе характерною чертою всѣхъ клѣточныхъ элементовъ нейроглии, по его мнѣнію, служитъ то, что большинство ихъ обладаетъ чрезвычайно незначительнымъ тѣломъ и многочисленными отростками.

<sup>1)</sup> Golgi, Contribuzione alla fina anatomia degli organi centrali del sistema nervoso. Rivista Clinica di Bologna 1871—72.

<sup>2)</sup> Boll F., Die Histologie und Histogenese der nervösen Centralorgane. Archiv f. Psychiatrie und Nerven Krankheiten. IV Bd. I Hf. 1873.

У нѣкоторыхъ изъ нихъ тѣло настолько мало, что, на первый взглядъ, они кажутся только собраніемъ тонкихъ волоконъ, въ центрѣ которыхъ заложено ядерное образованіе. По тонкости ихъ отростки могутъ быть сравниваемы съ соединительно-тканными волокнами. Длина отростковъ очень значительна. Они идутъ въ большинствѣ случаевъ прямолинейно или лишь слегка извиваясь; только въ рѣдкихъ случаяхъ можно наблюдать ихъ дѣленіе. Направленіе отростковъ подлежитъ безконечному разнообразію: иногда они отходятъ по всѣмъ направленіямъ въ видѣ лучей, въ другихъ случаяхъ отходятъ лишь по двумъ направленіямъ отъ двухъ противоположныхъ полюсовъ, но при томъ въ необыкновенномъ множествѣ и близко прилегая другъ къ другу. Есть еще одна интересная форма клѣточныхъ элементовъ, которую Boll встрѣчалъ въ *corpus opticum* теля и *corpus striatum* овцы. Это такъ называемыя кисточковидныя клѣтки (*Pinselzellen*). Онѣ отличаются тѣмъ, что у одного полюса даютъ длинный и довольно толстый отростокъ, тогда какъ отъ другаго отходятъ чрезвычайно большое количество тонкихъ нитей на подобіе кисточки. Толщина вообще всѣхъ клѣточныхъ отростковъ остается одинаковой на всемъ своемъ протяженіи, начиная отъ мѣста отхожденія у клѣточного тѣла. У самаго начала между отростками разсыяны зернышки мелко-зернистой массы. Клѣтки составляютъ главную соединительно-тканную основу. Boll наблюдалъ и настоящіе Дейтерсовскіе элементы и, какъ простѣйшую форму ихъ, описываетъ клѣтку только съ двумя, отходящими отъ двухъ противоположныхъ полюсовъ, отростками.

Boll находитъ, что перегородки, раздѣляющіе мозговую ткань на извѣстные участки, состоятъ изъ волоконъ соединительной ткани. Идутъ ли онѣ изъ мягкой мозговой оболочки, или изъ самой субстанции мозга, авторъ не считаетъ этотъ вопросъ стоящимъ большого вниманія, но думаетъ, все-таки, что, судя по ходу волоконъ, ихъ нельзя отнести къ *ria matter*. Болѣе толстыя перегородки, направляясь изъ сѣраго вещества къ бѣлому, расщепляются и раздѣляютъ такимъ образомъ бѣлое вещество на болѣе и болѣе тонкіе пучки, пока наконецъ такой пучекъ не будетъ состоять изъ 6—4 или еще менѣе нервныхъ волоконъ. Отъ такого расщепленія получается тонкая сѣть съ разсыянными въ ней зернами, въ петляхъ которой можетъ быть заложено или одно волокно, или группа ихъ. Сѣть эта получается изъ клѣточныхъ отростковъ

Интерфибриллярная зернистая масса очень скудна въ однихъ случаяхъ (быкъ) и довольно обильна въ другихъ (кроликъ, ежъ). У тѣхъ животныхъ, гдѣ ея сравнительно больше, соединительно тканная клѣточки не имѣютъ такихъ длинныхъ и тонкихъ отростковъ. Кромѣ вышеупомянутыхъ форменныхъ элементовъ, Boll описываетъ еще особую форму соединительно-тканныхъ клѣточекъ, располагающихся въ бѣломъ веществѣ, которыя по своему виду сходны съ клѣточками, описанными Iastrowitz'емъ. Для полученія ихъ онъ клалъ кусочки мозга въ  $\frac{1}{100}$  осміевои кислоты на 24 часа, промывалъ въ дистиллированной водѣ и затѣмъ переносилъ въ концентрированный растворъ уксусно-кислаго кали, гдѣ они оставались неопредѣленно долгое время. На обработанныхъ такъ и распиленныхъ препаратахъ первыя волокна кажутся интенсивно черными, вся же соединительная ткань, клѣточки, ихъ ядра и отростки совсѣмъ не окрашиваются. При этихъ условіяхъ можно видѣть особыя клѣточки, которыя имѣютъ большое круглое ядро. Вокругъ ядра лежитъ большее или меньшее количество нѣжно-зернистаго или тонко-полосчатаго вещества. Клѣточки не одинаковой величины въ различныхъ размѣрахъ, уплощены, такъ что напоминаютъ линзу. Онѣ очень нѣжны и при изолациі легко калѣчатся. Для большинства ихъ характеренъ своеобразный пограничный контуръ (Gränzcontour). Авторъ не могъ рѣшить окончательно, имѣютъ ли онѣ отростки или нѣтъ. Большинство ихъ при изолированіи является въ видѣ отростчатыхъ тѣлецъ. Boll предполагаетъ, что и остальные клѣточки теряли свои отростки при процессѣ изолированія. Эти формы соединительно-тканныхъ клѣточекъ вообще довольно разнообразны. Временами онѣ принимаютъ не круглую, но полигональную форму, вытягиваются въ длинные или короткіе отростки, которые то круглы, то лентовидны и принимаютъ то зернистый, то нѣжно-полосчатый видъ. Иногда эти отростки выходятъ въ очень большомъ числѣ лишь изъ одного какого-либо края на подобіе пучка, почти никогда не развѣтвляясь. Временами эти клѣточные элементы очень напоминаютъ Дейтерсовскіе, но отличаются отъ нихъ тѣмъ, что обладаютъ большимъ зернистымъ тѣломъ. Последнее впрочемъ бываетъ не всегда и зависитъ, какъ отъ рода животного, такъ и отъ возраста его. Въ общемъ авторъ находитъ, что въ бѣломъ веществѣ молодыхъ и маленькихъ животныхъ преобладаютъ клѣточки бѣдные отростками, тогда какъ у старыхъ и больныхъ онѣ замѣщены Дейтерсовскими.



Сравнивая строеніе бѣлаго вещества большого мозга съ строеніемъ спинного, авторъ находитъ между ними единство принципа построения. И тамъ и тамъ между отдѣльными пучками нервныхъ волоконъ заложены, въ видѣ цѣпей, клѣточки, которыхъ продольное направленіе совпадаетъ съ ходомъ волоконъ. Какъ здѣсь, такъ и тамъ эти клѣточки снабжены отростками, которые окружаютъ отдѣльныя нервные волокна или пучки. Какъ въ спинномъ мозгу, такъ и въ головномъ находится мелко-зернистое вещество. Различіе заключается въ томъ, что въ первомъ, гдѣ калибръ нервныхъ волоконъ значительнѣе, пучки окруженные соединительной тканью меньше: въ отдѣльный пучекъ входитъ всего 5—6 нервныхъ волоконъ; Во второмъ, гдѣ нервные волокна тоньше, эти пучки состоятъ изъ большаго числа отдѣльныхъ волоконъ, иногда число ихъ доходитъ даже до 50. Кромѣ того, въ большомъ мозгу клѣтки обладаютъ сравнительно большимъ тѣломъ и менѣе длинными отростками, чѣмъ въ спинномъ мозгу. Самые отростки мягче, нѣжнѣе, плоски или лентовидны. Во всякомъ случаѣ подобныя различія не рѣзки и строеніе того и другого въ сущности идентично.

Исслѣдованіе соединительной ткани центральной нервной системы у взрослыхъ и зародышей привели автора къ двумъ главнымъ результатамъ. Онъ опровергаетъ во первыхъ гипотезу Henle и Meikel'я, что зерна (Körner) не являются ни нервными, ни соединительно тканными элементами, способными превращаться въ то или другое, смотря по обстоятельствамъ. Напротивъ, по Boll'ю, это настоящія соединительно-тканныя тѣльца, клѣтки или ядра основного вещества, (Grundsubstanz), снабженныя характернымъ контуромъ. Во вторыхъ, при превращеніи протоплазмы эмбриональныхъ клѣтокъ въ соединительную ткань, остается постоянно въ большемъ или меньшемъ количествѣ зернистая бѣлковая масса между фибриллами, происшедшими изъ формативной дѣятельности протоплазмы.

Boll особенно склоненъ видѣть разнообразіе формъ нейроглическихъ элементовъ и, кромѣ звѣздчатыхъ Дейтерсовскихъ и наукообразныхъ Iactrowitz'a и Golgi, описываетъ кисточковидныя клѣточки (Pinselzellen), простыя звѣздчатыя, клѣточки съ биполярно отходящими многочисленными и тонкими отростками и проч. Отростки этихъ клѣтокъ образуютъ въ большей или меньшей степени изолирующую сѣть между отдѣльными нервными элементами, или ихъ группами.

Совершенную противоположность этимъ взглядамъ высказываетъ Renvier <sup>1)</sup>. По его мнѣнію, интерстиціальная строма мозга состоитъ изъ обыкновенныхъ соединительно-тканныхъ фибриллъ и простыхъ звѣздчатыхъ клѣточекъ. Первыя его наблюденія касаются спинного мозга. Онъ бралъ небольшіе кусочки его и посредствомъ особой канюли инъецировалъ въ нихъ растворъ осмиевой кислоты (1 : 300). Мѣста, гдѣ дѣлалась инъекція, обыкновенно скоро чернѣли и наиболѣе почернѣвшіе кусочки онъ расщипывалъ иглами. На такихъ препаратахъ, говоритъ онъ, кромѣ нервныхъ волоконъ, можно видѣть многочисленныя волокнистыя фибры. Онѣ почти всѣ одинаковаго діаметра, неопредѣленной длины, изломаны на обоихъ концахъ, очевидно вслѣдствіе диссоціаціонныхъ манипуляцій. Эта нецѣльность волоконъ, ихъ постоянно обломанный видъ на расщипанныхъ препаратахъ, заставляютъ автора предполагать, что онѣ представляютъ собой совершенно самостоятельныя соединительно-тканныя волокна, а вовсе не отростки клѣточныхъ элементовъ. Въ извѣстныхъ мѣстахъ можно видѣть, какъ эти нити-перекрещиваются въ различныхъ направленіяхъ. На мѣстѣ ихъ перекреста иногда замѣтна зернистая плоская клѣточка, снабженная ядромъ. Она можетъ совершенно свободно отдѣлиться отъ подлежащихъ волоконъ и плавать въ окружающей жидкости. Слѣдовательно, эти фибры не происходятъ изъ клѣточки, но только перекрещиваютъ ее.

Въ дальнѣйшихъ своихъ работахъ Renvier, собственно говоря, ничего новаго не сообщаетъ и лишь упорно защищаетъ свое прежнее воззрѣніе относительно строенія нейроглии. Для доказательства онъ прибѣгалъ къ различнымъ методамъ. Такъ напр. онъ клалъ кусочки мозга быка или собаки на нѣсколько недѣль въ Мюллеровскую жидкость и разрѣзы, уплотненныхъ такимъ образомъ мозговъ, окрашивалъ карминомъ <sup>2)</sup>. Здѣсь онъ могъ убѣдиться, что клѣточки нейроглии быка вовсе не имѣютъ такой зачаточной формы, какую имъ приписывалъ Deiters. Ихъ ядра хорошо развиты, снабжены мембраной, форма ихъ зависитъ отъ давленія сосѣднихъ элементовъ. Для рѣшенія различныхъ противорѣчій, Renvier предлагаетъ новый, такъ называемый двойной методъ изслѣдованія, по которому мож-

<sup>1)</sup> Renvier, Sur les éléments conjonctifs de la moelle épinière. Comptes rendus de l'Académie des Sciences. 1878 p. 1299.

<sup>2)</sup> Renvier, De la Névrogliie. Comptes rendus de l'Académie des Sciences. 1882 p. 1536.

но сначала произвести известную степень диссоціаціи, а затѣмъ фиксировать ткань. Съ этой цѣлью онъ клалъ отрѣзки мозга на 24 часа въ алкоголь (au tiers), отрывалъ отъ нихъ маленькія порціи, которыя клались въ трубочку съ дистиллированной водой и взбалтывались. Затѣмъ посредствомъ пипетки брались кусочки и переносились въ другую трубочку, гдѣ къ дистиллированной водѣ прибавлялась осміева кислота. На такихъ препаратахъ авторъ могъ убѣдиться, что типическая форма нейроглическихъ клѣточекъ есть звѣздчатая форма. Бываютъ также круглыя или поліэдрическія клѣточки. Онѣ располагаются изолированно, или серіями въ бѣломъ веществѣ между мозговыми волокнами. Звѣздчатыя клѣточки содержатъ шаровидное ядро, расположенное эксцентрично въ массѣ протоплазмы. Иногда протоплазма даетъ расширения, которыя покрываютъ фибры на подобіе муфты. Часто два волокна, заключенныя въ такую муфту расходятся, что можетъ напоминать дѣленіе, но во всякомъ случаѣ они не являются продолженіемъ клѣточного тѣла, а лишь погружены въ нее. Иногда они изгибаются около клѣтки въ видѣ дуги. Морфологически авторъ сравниваетъ нейроглическія клѣтки съ клѣтками ретины. Каждая клѣточка нейроглии можетъ дать нѣсколько фибръ. Эти фибры суть продукты дифференцированія клѣточной протоплазмы. Элементы округленной и поліэдрической формы могутъ разсматриваться, какъ примитивныя, недифференцированныя, нейроэпителиныя. Они эквивалентны базальнымъ клѣткамъ сѣтчатки. У зародыша быка почти всѣ клѣтки нейроглии такого вида, а у собаки большинство клѣточекъ звѣздчатой формы, которыя даютъ иногда длинныя отростки, но эти отростки имѣютъ протоплазматическую консистенцію и не похожи на волокна.

Не смотря на огромное количество работъ по вопросу о нейроглии, въ гистологін Renvier <sup>1)</sup>, изданія 1889 года, мы встрѣчаемъ тоже самое описаніе, которое имъ дано было и прежде. Здѣсь интересно отмѣтить только тѣ методы, которыми, онъ пользовался для топографическаго изученія. Съ этою цѣлью онъ употреблялъ тройное окрашиваніе: во 1-хъ) окрашивалъ всѣ элементы нейроглии: ядра, клѣтки и волокна; во 2-хъ) окрашивалъ только однѣ клѣтки и ядра и въ 3-хъ) только однѣ ядра. Окрашиваніе всѣхъ элементовъ онъ получалъ изъ мозговъ, уплотненныхъ сначала въ ammon. bichrom.

<sup>1)</sup> Renvier, Traité technique de l'Histologie. 1889 an. Paris.

и перенесенныхъ затѣмъ въ 1<sup>0</sup>/о растворъ пикрокармина. На поперечныхъ разрѣзахъ такихъ препаратовъ, видны осецилиндровые отростки, окрашенные въ одинаково - красный цвѣтъ. Мѣстами встрѣчаются клѣтки нейроглии, которыя помѣщаются обыкновенно тамъ, гдѣ больше всего выраженъ перекрестъ волоконъ. Миелиновое вещество вовсе не окрашивается. Чтобы получить окрашивание только клѣтокъ и ядеръ, мозги уплотняются около года въ 2<sup>0</sup>/о ammon. bichromic. Разрѣзы окрашиваютъ осеин'омъ. При этомъ не обыкновенно интенсивно окрашиваются осевые цилиндры, нейроглическія клѣточки и ихъ ядра, тогда какъ волокна очень слабо. На такихъ разрѣзахъ лучше всего можно видѣть, что извѣстныя клѣточки находятся въ интервалахъ, образуемыхъ 3—4 нервными волокнами, и выпускаютъ отростки такъ далеко, пока еще есть свободные промежутки. Эти отростки собственно такіе же гребешковые выступы, какіе авторъ находитъ въ соединительно-тканыхъ клѣткахъ. Для окраски ядеръ помѣщаютъ разрѣзъ сначала въ пикрокарминъ, затѣмъ переносятъ на 10 — 12 часовъ въ смѣсь алкоголя и acid. formic. aa. При такой обработкѣ окрашиваются только ядра въ интенсивно-красный цвѣтъ, осецилиндровые отростки принимаютъ блѣдно-розовый оттѣнокъ, а остальные элементы вовсе безцвѣтны. Можно такіе разрѣзы красить ригригін'омъ, тогда окрашиваются тоже только одни ядра, или гематоксилиномъ, причемъ послѣднія принимаютъ фіолетовый цвѣтъ.

Не смотря на столь упорную защиту своего воззрѣнія, Raviel находилъ себѣ мало сторонниковъ въ послѣдующихъ работахъ. Krause W. <sup>1)</sup> называетъ нейроглией гранулированную соединительную ткань мозга. Она составляетъ его основу (Grundlage) и въ свѣжемъ состояніи, какъ и соотвѣтствующая ткань сѣтчатки, является нѣжно-зернистой. Зернышки видны даже при увеличеніи въ 1800—2000 разъ. Зернистость въ сѣромъ веществѣ выражена рѣзче, чѣмъ въ бѣломъ. Другою составною частью нейроглии является волокнистая сѣть и клѣточные элементы. Изъ клѣточныхъ формъ онъ различаетъ круглыя зернистыя соединительно-тканныя тѣльца, представляющія особый родъ инобластовъ. Эти клѣточки встрѣчаются въ бѣлыхъ пучкахъ то разсѣянны, то расположены рядами. Онѣ принимаютъ чаще всего уплощенную полигональную форму. Другого рода клѣточки обладаютъ относительно большимъ яд-

<sup>1)</sup> Krause, Allgemeine und microscopische Anatomie. 1876.

рошъ съ однимъ или двумя ядрышками. Протоплазма облекаетъ ядро очень тонкимъ слоемъ. Отъ нея отходятъ очень тонкіе многочисленныя отростки, по своему химическому составу, напоминающіе эластическія волокна. Отростки очень рѣдко дѣлятся. Собственно говоря, Краусе не описываетъ особыхъ формъ. Его нейроглическія клѣточки—обыкновенныя *Spinnenzellen*, *Pinselzellen*, *Büschelförmige* и проч., которыя раньше найдены и изображены были Болл'емъ. Особенно же интереснымъ можно считать то его замѣчаніе, гдѣ онъ говоритъ, что отростки паукообразныхъ клѣточекъ идутъ только въ одной плоскости, образуя пластинкообразное влагалище. Зернистость отростковъ является искусственно, если уплотнять мозгъ въ крѣпкомъ растворѣ хромовой кислоты. При обработкѣ 0,1—0,3% осміевою кислотой, они остаются гладкими, а послѣ пребыванія въ разведенной хромовой кислотѣ варикозными. По наружному виду нейроглическія клѣточки отличаются отъ гангліозныхъ слѣдующимъ: тѣло послѣднихъ сравнительно съ ядромъ значительно больше; соединительно-тканныя клѣточки болѣе плоски, ихъ ядро болѣе продолговато, наконецъ, отростки гангліозныхъ тѣлецъ относительно толще и развѣтвляются, что съ инобластами бываетъ чрезвычайно рѣдко. Краусе находитъ, что спинной мозгъ по всей периферіи обложенъ слоемъ мелко-зернистой массы, толщиною въ 0,02—0,04, которая связываетъ бѣлое вещество съ *pia mater* и находится въ тѣсной связи съ отростками, выходящими изъ послѣдней. Эти отростки мягкой мозговой оболочки не только выполняютъ переднюю и заднюю расщелины, но по всей периферіи входятъ въ стѣны сосудовъ въ вещество мозга. Какъ и Болл, Краусе признаетъ, что сосуды часто обложены особыми клѣточками, съ многочисленными, биполярно отходящими отростками, которые составляютъ родъ адвентиціи сосудовъ. Бѣлое и сѣрое вещество пронизано многочисленными перекладинами, происшедшими изъ отростковъ клѣточекъ. Въ этой тонкой волокнистой стѣи заключено множество зернышекъ, которыя придаютъ особый характерный видъ всей стѣи тамъ, гдѣ находится наиболѣе густое сплетеніе клѣточныхъ отростковъ, какъ напр. въ сѣрыхъ гнѣздахъ. Эти зернышки лишь просто прилипаютъ къ волокнамъ.

До сихъ поръ изслѣдователи занимались исключительно лишь строеніемъ нейроглии, оставляя въ сторонѣ ея эмбриологическое происхожденіе. Нѣкоторую попытку въ рѣшеніи этого вопроса тѣмъ не менѣе мы встрѣчаемъ у различныхъ авторовъ. Такъ

Boll, изслѣдуя куриныхъ зародышей, нашелъ дифференцированіе клѣточныхъ элементовъ мозговой ткани уже на 3-й или 4-й день высиживанія. Одни клѣточки въ этомъ случаѣ являются съ явственно выраженнымъ тѣломъ, снабженнымъ ядромъ и ядрышкомъ. Другіе элементы имѣютъ въ это время еще не окончательно дифференцированную протоплазму, въ которую заложены ядра. Первые клѣточки онъ считаетъ за нервныя, изъ вторыхъ образуется поддерживающая основа, хотя и тѣ и другія происходятъ изъ одного и того же слоя. Boll, какъ извѣстно, причислялъ нейроглию къ соединительной ткани.

Наблюденія Eichorst'a <sup>1)</sup> надъ эмбриональнымъ развитіемъ нейроглии у человѣка не подвинуло далеко впередъ рѣшенія этого вопроса, тѣмъ не менѣе имъ высказано особое предположеніе относительно происхожденія нейроглии. До 4-го мѣсяца соединительныя клѣточки представляются въ видѣ извѣстныхъ ядерныхъ элементовъ, расположенныхъ въ молекулярной массѣ между нервными волокнами. Къ 4-му мѣсяцу начинается выселеніе изъ сосудовъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, которыя онъ называетъ „эмбриональными клѣточками глии“. Оно продолжается до рожденія. Выселившіяся тѣльца сначала не вступаютъ въ тѣсную связь съ окружающими частями и не принимаютъ того сложнаго вида строенія, какими они являются въ послѣдующихъ стадіяхъ. Лишь на 5-мъ мѣсяцѣ у нихъ появляются отростки, которые быстро достигаютъ значительной длины.

Въ трактатѣ, относительно поддерживающей ткани центральныхъ органовъ, Hensen, подвергая критикѣ наблюденія Boll'я, отрицаетъ возможность различенія на 3-й или 4-й день клѣточныхъ элементовъ нейроглии отъ нервныхъ и предполагаетъ, что соединительная ткань, находящаяся въ спинномъ мозгу, проникаетъ въ него вмѣстѣ съ сосудами.

Götte <sup>2)</sup> можно считать первымъ, который указалъ, что гліозные элементы происходятъ изъ того же самаго клѣточного слоя, изъ котораго образуются нервныя клѣтки. Они происходятъ изъ той массы клѣточекъ, которыя окружаютъ центральный каналъ. Въ тоже время Götte допускаетъ происхожденіе и сосудовъ изъ внѣшняго зародышеваго листка

<sup>1)</sup> Eichorst, Entwicklung des menschlichen Rückenmarks.—Virchow's Arch., Vol. LXIV, 1875.

<sup>2)</sup> Götte, Entwicklungsgeschichte der Unke. 1875. Leipzig. Цитир. по Waldeyer.

клиновидной формы, снабжены ядромъ, которое располагается обыкновенно ближе къ истонченному концу. Протоплазма имѣетъ нѣжно-зернистый видъ. Мерцательныхъ ворсинокъ на свободномъ концѣ никогда не оказывалось. Ядро, неправильно продолговатой формы, окрашивается гораздо интенсивнѣе, чѣмъ остальная протоплазма. Внутренній конецъ удлиняется въ довольно толстый, гладкій и блестящій отростокъ, который обыкновенно принимаетъ направленіе, перпендикулярное поверхности. Ходъ его очень слабо извилистъ. Отростокъ вѣдряется въ подлежащую густую сѣть волоконъ, съ которыми однако не вступаетъ въ связь, и подходит иногда очень близко къ сѣрнымъ ядрамъ. Какой-нибудь связи его конца съ волокнами или клѣтками нейроглии я также не видѣлъ. Не у всѣхъ однако клѣточекъ такіе длинные отростки. У нѣкоторыхъ они, по всей вѣроятности, очень коротки и оканчиваются почти сейчасъ же около мѣста вхожденія въ волокнистую сѣть. Величина клѣточекъ приблизительно одинакова по всему протяженію дна четвертаго желудочка, начиная отъ раскрытія центрального канала и до Сильвіева водопровода. На нѣкоторыхъ препаратахъ впрочемъ замѣчается пониженіе высоты эпителия по направленію къ боковымъ сторонамъ, такъ что по бокамъ онъ уже теряетъ свою болѣе или менѣе клиновидную форму. Въ такихъ случаяхъ наибольшей высоты онъ достигаетъ по срединѣ, у шва.

Подъ эпендимнымъ эпителиемъ находится на довольно значительномъ протяженіи густая сѣточка, состоящая только изъ гліозныхъ волоконцевъ. Она имѣетъ нѣкоторыя особенности. Прежде всего здѣсь находится довольно малое количество клѣточныхъ элементовъ. Только на томъ мѣстѣ, гдѣ имѣются выступы *striae acusticae*, количество ихъ возрастаетъ до значительныхъ размѣровъ. Въ остальныхъ мѣстахъ лучистые и безотростчатые элементы встрѣчаются лишь изрѣдка. Во всякомъ случаѣ, количество лучистыхъ элементовъ здѣсь больше, сравнительно съ безотростчатыми тѣльцами. Но и тѣ и другіе клѣточные элементы отходятъ далеко на задній планъ при сравненіи съ тою массою волоконъ, которая составляетъ самую сѣть. Какъ характерную особенность этой сѣти можно выставить то, что она двойная, т. е. составлена изъ двоякаго рода волоконъ. Болѣе толстыя, сплетаясь другъ съ другомъ, образуютъ, такъ сказать, основную широко-петлистую сѣточку, которая построена по общему типу распредѣленія нейроглическихъ волоконъ (рис. 8-й). Другая—состоитъ изъ тончай-

шихъ волоконецъ (рис. 9-й), которыя сплетаются другъ съ другомъ на подобіе войлока. Какъ бы ни было густо сплетеніе послѣднихъ, тѣмъ не менѣе, при сравненіи съ нѣкоторыми другими мѣстами сѣрыхъ ядеръ, можно вынести впечатлѣніе, что она болѣе рыхла, чѣмъ напр. въ оливахъ, *post. hypogloss., vagi et cet.* Другую характерную особенность сѣ-



**Рис. 9-й.** Дно четвертаго желудочка того же самаго мѣста. Узкопетлистая сѣть нейроглическихъ волоконъ (войлочная сѣть). *a* — эпендимный эпителий.

точки дна четвертаго желудочка составляетъ ея очень постепенный переходъ къ ниже лежащимъ ядрамъ. Переходъ этотъ заключается въ томъ, что широкія петли толстыхъ волоконъ постепенно становятся все уже и уже. Это зависитъ не столько отъ сближенія волоконъ, сколько отъ прибавленія новыхъ, которыя, сохраняя свой обычный способъ распредѣленія, налагаются на эти петли и дѣлаютъ просвѣтъ ихъ болѣе узкимъ. Такимъ образомъ здѣсь происходитъ простое сгущеніе волоконъ, какъ это изображено на рис. 10-мъ. Грубая широкопетлистая сѣточка, по всей вѣроятности, состоитъ изъ отростковъ лучистыхъ клѣточекъ, такъ какъ волокна, составляющія ее, по своему внѣшнему виду и ходу, ничѣмъ отъ нихъ не отличаются. Но къ этимъ болѣе толстымъ волокнамъ при-



легаютъ и другія тонкія, такъ что каждая петля является составленной, собственно, изъ перекладинъ такихъ пучковъ волоконъ. Войлочная сѣть, находящаяся въ петляхъ ея, повидимому, составлена изъ болѣе короткихъ волоконъ, что можно отчасти прослѣдить, отчасти предположить, на основаніи слишкомъ легкаго выпаденія ихъ изъ петель. Въ послѣднемъ случаѣ на препаратѣ остается видимой только одна широко-петлистая сѣть (рис. 8-й).

Постепенный переходъ однако не составляетъ исключительной особенности для сѣти гліозныхъ волоконъ дна четвертаго желудочка. Его можно наблюдать и въ другихъ мѣстахъ, хотя и не такъ ясно выраженнымъ. Такъ, почти по всей окружности ядра оливъ замѣчается довольно постепенное сгущеніе нейроглии, безъ видимаго увеличенія количества клѣточекъ (рис. 10-й).

Сѣрое вещество ядра оливъ представляетъ очень густое сплетеніе гліозныхъ волоконъ. Здѣсь, какъ и во всѣхъ остальныхъ ядрахъ, преобладаютъ клѣточки малой величины. У многихъ изъ нихъ съ положительностью я не могъ убѣдиться, есть-ли отростки или нѣтъ. Настоящіе, хорошо различимые лучистые элементы, съ толстыми отростками располагаются преимущественно по окраинамъ ядра.

Въ межъ-оливковомъ слѣбѣ распределеніе нейроглии ничѣмъ не отличается отъ типичнаго расположенія въ бѣломъ веществѣ.

Какъ общее правило для всѣхъ ядеръ можно вывести слѣдующее положеніе: на всемъ протяженіи ихъ отъ начала и до конца они сохраняютъ всѣ тѣ маленькія особенности распределенія нейроглии, которыя присущи имъ. Но, какъ уже и выше было сказано, этихъ особенностей очень не много.

Ядро подъязычнаго нерва отдѣляется отъ гліозной сѣти дна четвертаго желудочка довольно густымъ скопленіемъ лучистыхъ клѣточекъ, извѣстнымъ подъ именемъ *nucl. funic. teret.* Клѣточки расположены здѣсь необыкновенно близко другъ около друга, и на поперечныхъ разрѣзахъ кажется, будто ихъ отростки образуютъ горизонтальный пучекъ, рѣзко отдѣляющій ядро *perv. hypoglossi.* На самомъ же дѣлѣ эта картина только кажущаяся, и волокна идутъ здѣсь въ такомъ же порядкѣ, какъ и вездѣ. Стоитъ только обратить вниманіе на ту массу поперечно и косо срѣзанныхъ волоконъ, чтобы убѣдиться въ этомъ. Пучкообразный видъ *nucl. funic. teret.* принимаетъ потому, что лучистые элементы расположены въ нѣсколько, болѣе или менѣе параллельныхъ, рядовъ на подобіе

\*

ленты, занимая въ длину гораздо больше пространства, чѣмъ въ ширину. Вслѣдствіе чего и само ядро принимаетъ не круг-



**Рис. 10-й.** Краевая (переходная) сѣточка гліозныхъ волоконъ ядра оливы. Отношеніе нейроглическихъ клѣточекъ и волоконъ къ сосудамъ.

лый, а продолговатый видъ. Отростки этихъ лучистыхъ клѣточекъ, по всей вѣроятности, даютъ грубую сѣточку для воз-

вышения *ala cinerea*, которое отличается своимъ особымъ широко-петлистымъ видомъ. Петли ея болѣе широки, чѣмъ во всѣхъ остальныхъ мѣстахъ дна четвертаго желудочка, что составляетъ ея характерную черту. Ядра подъязычнаго и блуждающаго нервовъ представляютъ такое же густое скопление гліозныхъ тонкихъ волоконъ, какъ и оливы. Ихъ переходная сѣточка выражена со стороны дна желудочка очень ясно. У *nucl. hypogloss.* она впрочемъ прерывается пучкомъ гліозныхъ волоконъ *nucl. funic. teret.* Со стороны *subst. reticularis, alb.* переходъ этотъ не такъ явственно замѣтенъ, особенно на поперечныхъ разрѣзахъ. Нужно думать однако, что вообще во всѣхъ скопленіяхъ сѣраго вещества существуетъ несомнѣнная связь гліозныхъ волоконъ съ сѣтью бѣлаго. Такимъ образомъ сѣрые ядра нигдѣ не являются рѣзко обособленными отъ бѣлаго вещества и вездѣ имѣютъ общія съ нимъ волокна. Слѣдовательно, переходныя сѣточки свойственны каждому скопленію сѣраго вещества, но у однихъ изъ нихъ онѣ рѣзче выражены, занимаютъ большее пространство, у другихъ уже и менѣе замѣтны. Безчисленное множество мелкихъ особенностей, которое можетъ показаться при поверхностномъ осмотрѣ препаратовъ нейроглии, въ сущности обуславливается чрезвычайно-разнообразнымъ ходомъ нервныхъ волоконъ. По этому уже а priori можно ожидать, что тамъ, гдѣ сѣрое вещество на препаратѣ окружено поперечными сѣзками мякотныхъ волоконъ, тамъ мы явственно не увидимъ переходной сѣти. Особенно рельефно это замѣтно на *nucl. n. facialis*. Представляя такое же густое скопление гліозныхъ волоконъ, какъ и предыдущія ядра, ядро личнаго нерва обладаетъ очень короткой переходной сѣточкой. На поперечныхъ разрѣзахъ ее почти не возможно услѣдить, но на продольныхъ можно замѣтить, какъ количество волоконъ быстро увеличивается по направленію къ сѣрому веществу.

Очень характерное отличіе составляетъ такая короткая сѣточка и для тѣхъ многочисленныхъ сѣрыхъ гнѣздъ, которыя находятся разсѣянно у свода Варолиева моста. Между постоянно пересѣкающимися пучками продольныхъ и поперечныхъ нервныхъ волоконъ довольно въ большомъ количествѣ заложено множество отдѣльныхъ группъ нервныхъ клѣточекъ. Число ихъ въ каждой группѣ довольно разнообразно. Всѣ онѣ также погружены въ сѣть гліозныхъ волоконъ и клѣточекъ, которая построена по обыкновенному типу. Повидимому, количество гліозныхъ волоконъ здѣсь меньше, чѣмъ въ оливахъ

и ядрахъ pp. *facial.*, *hypogloss.* и *vag.*, и самая сѣточка поэтому представляется значительно рыхлѣе. Преобладаніе лучистыхъ клѣточекъ въ такихъ мѣстахъ составляетъ обычное явленіе. На мѣстѣ ядра п. *acustici* имѣется довольно обильное скопленіе нейроглическихъ элементовъ, но сѣточка не такъ густа, какъ въ оливахъ. Она является нѣсколько болѣе рыхлой и обнаруживаетъ замѣтный переходъ по всему своему протяженію въ болѣе широко-петлистую сѣть дна четвертаго желудка. Между эпендимнымъ эпителиемъ и краемъ этого ядра встрѣчается довольно значительное количество настоящихъ лучистыхъ элементовъ, разсѣянныхъ тамъ и сямъ по гліозной выстилкѣ дна желудочка. Такое ихъ обиліе у дна желудочка составляетъ особенность данного мѣста, и принадлежитъ, повидимому, только уровню ядра слуховаго нерва.

Очень интереснымъ въ смыслѣ распредѣленія нейроглии является прибавочное ядро п. *acustici*. Оно отличается почти полнымъ отсутствіемъ характерной для сѣраго вещества густой сѣти. Здѣсь такъ хорошо, какъ рѣдко въ какомъ другомъ мѣстѣ, доказывается, что нервныя клѣтки сами по себѣ не требуютъ никакого особеннаго скопленія гліозныхъ элементовъ. Отсутствіе густой сѣти обуславливается особымъ положеніемъ этого ядра. Нервныя клѣтки расположены между многочисленными, тѣсно прилегающими другъ къ другу нервными волокнами, составляющими латеральный и медіальный корешки слуховаго нерва, и начальныхъ волоконъ *corporis trapezoid.* Онѣ находятся здѣсь не въ видѣ обособленной группы, но раздѣлены другъ отъ друга проходящими нервными волокнами. Поэтому свободныя промежутки между нервными элементами здѣсь очень малы, и гліозная сѣточка, покрывающая отдѣльныя нервныя клѣтки, ничѣмъ не отличается отъ той, которая раздѣляетъ другъ отъ друга нервныя волокна. Какъ уже было выше упомянуто, нѣкоторыя кажущіяся особенности нейроглии зависятъ чисто отъ распредѣленія нервныхъ элементовъ. Въ нѣкоторыхъ частяхъ прибавочнаго ядра слуховаго нерва, напр., у мѣста соединенія медіальнаго и латеральнаго корешка, происходитъ перекрестъ нервныхъ волоконъ. Волокна *corp. trapezoid.* запутываютъ этотъ перекрестъ тѣмъ, что принимаютъ направленіе почти поперечное корешкамъ. Такимъ образомъ на микроскопическихъ препаратахъ поперечныхъ сѣзовъ нервно-рѣдко здѣсь можно встрѣтить треугольныя или неправильно-овальныя отверстія, образованныя корешковыми волокнами, пересѣкаю-

щившихся въ различныхъ направленіяхъ. Если въ такомъ отверстіи находится нервная клѣточка и выполняетъ его своимъ тѣльцемъ, то, дѣйствительно, можетъ получиться картина, какъ-будто-бы она заключена въ особое корзиночное сплетеніе. На самомъ дѣлѣ, это явленіе кажущееся и зависитъ отъ того, что нейроглическая сѣтка выполняетъ здѣсь щелевидное узкое пространство, образованное особымъ расположеніемъ нервныхъ волоконъ. Въ сущности она принадлежитъ постольку же нервной клѣточкѣ, поскольку и корешковымъ волокнамъ. Что это дѣйствительно вѣрно, подтверждается тѣмъ, что, при другомъ расположеніи мякотныхъ волоконъ, никакого корзиночнаго сплетенія не замѣчается. Здѣсь же можно видѣть клѣтки даже гораздо большей величины, но разъ онѣ лежатъ между параллельными волокнами, расположеніе вокругъ нихъ гліозныхъ элементовъ совершенно тождественно съ распределеніемъ ихъ въ окружающемъ блѣломъ веществѣ.

По окончаніи ядра *n. acustici*, гліозная выстилка дна четвертаго желудочка на дальнѣйшемъ протяженіи соприкасается не съ сѣрыми ядрами, но съ проходящими здѣсь нервными волокнами. Такое измѣненіе подлежащихъ частей оказывается небезразличнымъ для строенія самой сѣточки. Оставаясь по-прежнему составленной изъ густого сплетенія тончайшихъ вѣжныхъ волоконцевъ, она имѣетъ здѣсь слабо выраженную широко-петлистую сѣтку и, повидимому, не имѣетъ такого яснаго перехода, какъ у ядеръ *n. acust.* и *n. hypogloss.* Наболѣе отчетливо это выступаетъ у восходящаго бедра и перекрещенныхъ прибавочныхъ пучковъ *n. facialis*. Здѣсь сѣточка, выстилающая дно, какъ-будто прямо сливается съ сплетеніемъ гліозныхъ волоконцевъ проходящихъ нервныхъ пучковъ. Лучистыхъ элементовъ здѣсь сравнительно мало, и мѣсто ихъ нерѣдко занимаютъ маленькія безотростчатые тѣльца.

Ядро *n. abducent.* не представляетъ особеннаго скопленія гліозныхъ элементовъ. Повидимому, это зависитъ отъ того же самаго, что и у прибавочнаго ядра слухового нерва. Между клѣточками здѣсь нерѣдко можно встрѣтить нервныя волокна, которыя раздѣляютъ ихъ другъ отъ друга, и такимъ путемъ не допускаютъ до образованія очень густой сѣти. Тамъ, гдѣ этихъ волоконъ нѣтъ, гліозная сѣть, выполняющая промежутки между нервными клѣточками, оказывается гуще, но направленіе и ходъ нейроглическихъ волоконцевъ остаются тѣми же. Еще рѣзче выражено отсутствіе густого сплетенія у двигательнаго ядра *n. trigemini*. Большія нервныя клѣтки

здѣсь прилегаютъ прямо къ пучкамъ нервныхъ волоконъ и отдѣляются отъ нихъ такою же сѣточкой, которая отдѣляетъ другъ отъ друга нервныя волокна. Никакого особаго скопленія гліозныхъ элементовъ здѣсь не замѣчается. Въ чувствующемъ ядрѣ нервныя клѣточки расположены болѣе обособлено, почему мѣстами здѣсь появляется болѣе или менѣе густая сѣточка. Въ области *Locus coeruleus* имѣется болѣе или менѣе обильное скопленіе гліозныхъ волоконцевъ, которыя образуютъ здѣсь сѣточку безъ рѣзкихъ границъ, переходящую въ окружающее гліозное сплетеніе. Самыя большія нервныя клѣточки, разбросанныя тамъ и сямъ, просто зарыты въ эту сѣть и не имѣютъ вокругъ себя никакого особаго сгущенія нейроглии. Величина и форма гліозныхъ клѣточекъ, повидимому, ничѣмъ не отличается отъ тѣхъ, которыя вообще залегаютъ въ сѣромъ веществѣ.

Нѣкоторыя особенности представляетъ строеніе *Ponticulus* и *Ovex*. Еще Gierke было указано на то, что главную составную часть *Ovex* представляютъ гліозные элементы. Дѣйствительно, нервныя клѣточки и волокна составляютъ здѣсь крайнюю рѣдкость. По своему внѣшнему виду *Ponticulus* имѣетъ большое сходство съ строеніемъ дна 4-го желудочка вообще. Внутренняя его поверхность выстлана такимъ же эпителиемъ съ различной длины отростками. Подъ слоемъ эпителия находится сѣточка гліозныхъ волоконцевъ съ такимъ же характеромъ, какъ и у дна. На границѣ *Ponticulus*, у заворота видно, что эти волокна обнаруживаютъ склонность принимать дугобразное направленіе соотвѣтственно завороту. Тонкая и густая сѣточка, находящаяся тотчасъ подъ эпителиемъ, постепенно уменьшается въ ширинѣ по направленію къ концу *Ponticulus*, причемъ у самаго конца направленіе волоконъ видимо начинаетъ преобладать горизонтальное. За этимъ густымъ сплетеніемъ тонкихъ гліозныхъ волоконцевъ съ такимъ же бѣднымъ содержаніемъ клѣточекъ, какъ и дно желудочка, слѣдуетъ слой, изобилующій лучистыми элементами. Изъ нихъ, по всей вѣроятности, и образована болѣе рыхлая грубая сѣточка, которая довольно замѣтно отличается своими болѣе толстыми волокнами и болѣе широкими петлями отъ подлежащаго внутреннего слоя. Къ концу *Ponticulus* петли постепенно начинаютъ дѣлаться болѣе косыми, волокна начинаютъ пересѣкаться подъ болѣе острыми углами и принимать поперечное оси направленіе.

*Subst. gelatin. centr.* передъ раскрытіемъ дна четвертаго желудочка по своему строенію представляетъ большое сход-



ство съ послѣднимъ, но волокна ея расположены въ общемъ гораздо тѣснѣе, и сѣточка поэтому представляется гораздо гуще. Какъ и у дна желудочка, преобладаніе здѣсь остается за лучистыми элементами, отростки которыхъ здѣсь, повидимому, не принимаютъ какого либо спеціальнаго направленія, но расходятся во всѣ стороны. Тѣмъ не менѣе, ближе къ эпителию тонкія и нѣжныя волокна обладаютъ, какъ кажется, склонностью располагаться концентрически къ окружности канала. Мнѣ не приходилось наблюдать чрезмѣрно большого скопленія гліозныхъ клѣточекъ по сравненіи съ другими мѣстами, но довольно часто я встрѣчалъ лучистыя тѣльца, съ хорошо выраженнымъ продолговатымъ или эллиптическимъ ядромъ и достаточнымъ количествомъ протоплазмы. Нерѣдко они располагаются у самаго эпителия, перепутывая свои отростки съ ихъ отростками, но нигдѣ не вступая съ ними въ какую бы то ни было связь. Эпителий, выстилающій центральный каналъ, по своему строенію ничѣмъ не отличается отъ выстилающаго дно желудочка. И здѣсь по временамъ его отростокъ достигаетъ очень значительной величины, сохраняя направленіе болѣе или менѣе перпендикулярное къ поверхности центральнаго канала, придавая этой мѣстности радіальную полосчатость. Ходъ его слабо волнистъ. На иныхъ препаратахъ эти отростки короче и радіальной полосчатости или совсѣмъ не замѣчается, или она видна лишь мѣстами. Отростки эпителиевъ погружены въ подлежащее сплетеніе гліозныхъ волоконъ такъ же, какъ и отростки нервныхъ клѣтокъ, нигдѣ не образуя для себя спеціальныхъ влагалищъ. Передъ самымъ раскрытіемъ центральнаго канала, на нѣкоторомъ разстояніи отъ внутренней поверхности, у угла передней спайки выдѣляются пучкообразно сгущенныя волокна, которыя, виллообразно окружая каналъ, сходятся затѣмъ перекрещиваясь и постепенно переходятъ въ гарне. Оба эти пучка можно прослѣдить отсюда далеко въ продолговатомъ мозгу и Вароліевомъ мосту въ видѣ расходящихся пучковъ у начала гарне, хотя и не съ такой ясностью.

Особенностей строенія нейроглии бѣлаго вещества еще меньше, чѣмъ сѣраго. Какъ общее правило, можно вывести, что тамъ, гдѣ направленіе нервныхъ волоконъ образуетъ болѣе правильные ряды, замѣчается нѣкоторое преобладаніе горизонтальныхъ и вертикальныхъ гліозныхъ волоконъ. Съ особенной ясностью это выступаетъ у дугообразныхъ волоконъ свода Вароліева моста. Волокна, пересѣкающіяся по этимъ двумъ главнымъ на-

правленіямъ нѣсколько толще другихъ, образующихъ обычную сѣтку. Тамъ, гдѣ промежутки между первыми элементами больше, специальное направленіе волоконъ слабѣ выражено.

У garbe замѣчается не только особое расположеніе гліозныхъ волоконъ, но также и особая группировка гліозныхъ клѣточекъ. Здѣсь, между расходящимися волокнами заложено множество преимущественно безотростчатыхъ тѣлецъ. На всѣхъ препаратахъ здѣсь можно подмѣтить больше клѣточекъ, чѣмъ въ какомъ либо другомъ мѣстѣ бѣлаго вещества. Особенно рельефна картина поперечныхъ срѣзовъ. Въ то время, какъ у самого шва замѣчается множество клѣточекъ, по ходу горизонтальныхъ волоконъ расположено ихъ самое незначительное количество. Въ направленіи гліозныхъ волоконъ здѣсь наблюдаются также нѣкоторыя измѣненія. У начала garbe замѣчается особое скопленіе ихъ, при чемъ они принимаютъ преимущественно расходящееся подъ острымъ угломъ направленіе въ обѣ стороны и лишь постепенно теряются въ окружающей массѣ. Чѣмъ дальше впереди, тѣмъ количество клѣточекъ и волоконъ постепенно уменьшается, при чемъ однако замѣчается, что преобладающее направленіе гліозныхъ волоконъ соответствуетъ въ общемъ ходу нервныхъ волоконъ.

Резюмируя все вышесказанное, можно придти къ слѣдующему заключенію:

1) Въ составъ нейроглии входятъ, какъ отростчатые, такъ и безотростчатые тѣльца.

2) Всѣ клѣтки снабжены бѣлыми или меньшими количествомъ протоплазмы. Такъ называемыхъ, свободныхъ ядеръ нѣтъ. Количество протоплазмы не зависитъ отъ величины или ясности ядра, какъ думаетъ Gierke, но скорѣе отъ величины самого элемента.

3) Протоплазма безотростчатыхъ тѣлецъ обнаруживаетъ, по преимуществу, мелко-зернистое содержимое. тогда какъ лучистые клѣтки обладаютъ скорѣе однородной протоплазмой.

4) Отростки лучистыхъ тѣлецъ обладаютъ незначительной склонностью къ развѣтвленію и, повидимому, нигдѣ не даютъ анастомозовъ ни между собою, ни съ сосѣдними клѣтками. По характеру своего строенія они представляютъ изъ себя обыкновенные протоплазматическіе отростки клѣточекъ, но не трубочки, какъ думаетъ Lavdowsky.

5) Весьма вѣроятно, что въ составъ нейроглического сплетенія, кромѣ отростковъ лучистыхъ тѣлецъ, входятъ, такъ называемые, свободные волокна.



6) Въ центральной нервной системѣ, нейроглія приблизительно почти всюду построена по одному и тому же типу.

7) Бѣлое и сѣрое вещество представляютъ большое сходство другъ съ другомъ, какъ по характеру распредѣленія клѣточекъ, такъ и по способу расположенія волоконъ. И здѣсь, и тамъ имѣется густая сѣточка гліозныхъ волоконъ, которая идетъ, перекрещиваясь по всевозможнымъ направленіямъ.

8) Особенно значительнаго увеличенія количества гліозныхъ клѣточекъ въ сѣрыхъ гнѣздахъ не замѣчается.

9) Въ бѣломъ веществѣ гліозная сѣточка залегаетъ тонкими прослойками между нервными волокнами и раздѣляетъ ихъ другъ отъ друга. Гдѣ пучки мякотныхъ волоконъ проходятъ правильными рядами, замѣчается нѣкоторая наклонность гліозныхъ волоконъ располагаться по двумъ направленіямъ: параллельно ходу нервныхъ волоконъ и поперечно. Гдѣ же эта правильность нарушается, тамъ имѣется обычная сѣточка волоконъ, проходящихъ по всевозможнымъ направленіямъ.

10) Въ сѣромъ веществѣ промежутки между нервными элементами больше и расположеніе послѣднихъ болѣе неправильно. Въ этихъ промежуткахъ залегаютъ также нейроглическія клѣточки и волокна, образуя густую сѣть. Густота сѣтки въ различныхъ мѣстахъ можетъ представляться различной. Рѣзче всего она выдѣляется въ оливахъ, subst. gelat., ядрахъ п.п. hypoglossi, vagi, facia., менѣе въ ядрѣ слуховаго нерва, nucl. peric. abducens., въ разсѣянныхъ сѣрыхъ гнѣздахъ Варолиева моста, въ чувствительномъ ядрѣ п. trigemini и проч.

11) Особого различія въ строеніи нейроглии, за-исключеніемъ большей или меньшей густоты сѣти волоконъ, ядра различныхъ нервовъ, повидимому, не представляютъ.

12) Тамъ, гдѣ нервныя клѣточки, образуя извѣстныя ядра, наприм., nucl. accessorii п. acust. и двигательное ядро п. trigemini, залегаютъ между проходящими мякотными волокнами, не замѣчается никакого особаго скопленія гліозныхъ элементовъ.

13) Отростки нервныхъ клѣточекъ, повидимому, не вступаютъ въ соединеніе съ отростками гліозныхъ, какъ это находили Palladino, Martinotti и друг., и не имѣютъ для себя никакого особаго влагалища изъ послѣднихъ.

14) Нервныя клѣточки окружены такою же сѣтью гліозныхъ волоконъ, какъ и мякотныя волокна. На моихъ препаратахъ я не находилъ указаній на то, чтобы для нихъ существовало какое-либо особое, напр., корзиночное сплетеніе. Напро-

тивъ, какъ и всѣ нервныя элементы, онѣ представлялись мнѣ просто зарытыми, такъ сказать, въ окружающую сѣть.

15) Въ бѣломъ веществѣ чаще встрѣчаются большія лучистыя и безотростчатые тѣльца, въ сѣромъ, по преимуществу, преобладаютъ меньшей величины элементы.

16) Я не могъ констатировать факты, чтобы нейроглические клѣтки съ особенной любовью располагались вблизи нервныхъ (Gierke, Golgi и др.). Если на моихъ препаратахъ и были такія картины, то онѣ составляли такую же случайность, какъ и всякое другое расположение.

17) Не замѣчается также, чтобы величина нейроглическихъ клѣточекъ была тѣмъ меньше, чѣмъ больше близлежащія нервныя клѣтки (Contra Gierke).

18) Отношеніе сосудовъ къ гліознымъ элементамъ, повидимому, такое же, какъ и нервныхъ элементовъ. Особого измѣненія въ распредѣленіи нейроглическихъ клѣтокъ и расположеніи волоконъ вокругъ сосудовъ не замѣчается. Точно также не наблюдается около сосудовъ клѣточекъ съ особымъ типомъ построенія.

Заканчивая свой трудъ, считаю долгомъ выразить искреннюю благодарность проф. Н. К. Кульчицкому за предложенную мнѣ тему и руководство при исполненіи работы.

Считаю также непрѣмной обязанностью высказать здѣсь сердечную благодарность и искреннюю признательность проф. П. И. Ковалевскому за руководство и содѣйствіе въ моемъ научномъ образованіи.

---

# Очеркъ исторіи психіатріи въ Россіи и Польшѣ.

А. И. Роте.

(Окончаніе).

## Польское и литовское законодательства и помѣшанные.

Я выше упоминалъ о „польскихъ конституціяхъ“ и „литовскомъ статутѣ“, слѣдовательно о польскомъ законодательствѣ, начатомъ въ царствованіе Казимира Великаго 1347 г. на сеймѣ въ Вислицѣ и ставшимъ обязательнымъ до времени сейма въ Варшавѣ 1776г. въ царствованіе Станислава Августа.

Любопытно знать, что именно находится въ сказанныхъ законодательствахъ по отношенію къ психозамъ и помѣшаннымъ, такъ какъ это дастъ намъ болѣе точныя указанія, чѣмъ попытки историка литературныхъ изысканій.

По даннымъ Фаддея Чацкого до временъ Казимира Великаго Польша не имѣла писанныхъ законовъ и разныя части и удѣлы страны пользовались неодинаковыми правами. Каждая провинція, чуть ли не каждый городъ, имѣла свои собственные законы, которые основывались на данныхъ преданіяхъ и старыхъ обычаяхъ, которые толковались и примѣнялись каждымъ судьей, каждымъ владѣльцемъ по ихъ личному усмотрѣнію, по совѣсти и согласно разсудку.

Вмѣстѣ съ нѣмецкими поселенцами въ XIII столѣтіи, въ царствованіе Болеслава Стыдливаго, въ Польшу проникло магдебургское право, примѣнявшееся только по отношенію къ иностранцамъ. Такъ какъ вслѣдствіе частыхъ недоразумѣній между мѣстными и иностранными судами, окончательный приговоръ могъ состояться не на мѣстѣ, а въ Магденбургѣ, что сопровождалось затратою денегъ и времени, то Казимиръ Великій задался мыслью составить для своего края собственные законы, что и сдѣлалъ, хотя не воплнѣ, на сеймѣ въ Вислицѣ, иностранцамъ же предоставлено было пользоваться магдебургскими законами.

Въ литовскомъ законодательствѣ находимъ слѣдующія постановленія относительно помѣшанныхъ:

Глава IV содержит законы о приданномъ, брачномъ союзѣ, разводѣ и наслѣдствѣ. Статья 13 гласитъ: можно исключить изъ наслѣдства дѣтей, оставившихъ своихъ сумашедшихъ родителей.

Глава V, статья 13, § 4. Помѣшанный, пока не выздоровѣетъ, не можетъ писать послѣдняго завѣщанія, или распоряжаться имуществомъ.

Статья 14 говоритъ о значеніи и важности завѣщанія самоубійцъ. Въ примѣчаніи-же говорится: человекъ, имѣющій намѣреніе лишить себя жизни, или помѣшанъ, или намѣренъ сдѣлать преступленіе. Если онъ помѣшанъ — онъ безсознательнъ; во второмъ-же случаѣ, при существующемъ намѣреніи преступленія, совершеніе котораго даетъ только обязательную силу написанному завѣщанію, — можно предположить, что человекъ не былъ способенъ къ составленію законнаго завѣщанія.

Глава 14. О судьяхъ, ихъ власти и о судахъ. Староста, воевода, или лицо, исполняющее должность старосты, а также городскіе суды рѣшаютъ дѣла по обвиненію въ колдовствѣ.

Глава VII. Статья 24 говоритъ о значеніи убійства, совершеннаго помѣшанными. Помѣшанные и буйные должны быть подъ строгимъ надзоромъ родныхъ, бѣдные-же жители городовъ, которыхъ родные неизвѣстны, должны быть переданы городскимъ властямъ, въ деревняхъ-же подъ надзоръ владѣльца имѣнія, или управляющаго имѣніемъ. Помѣшанный, бѣжавшій изъ подъ надзора за убійство, подвергается заключенію въ тюрьмѣ въ продолженіи года и 6 недѣль. Тотъ, кто доставитъ помѣшанному оружіе, или подговоритъ его къ какому нибудь незаконному поступку, подвергается наказанію, какъ-бы самъ совершилъ преступленіе. Если-же кто нибудь, выздоровѣвъ разъ, вторично заболѣваетъ душевною болѣзнью и въ такомъ состояніи совершитъ преступленіе, то подвергается смертной казни, такъ какъ онъ долженъ знать о своемъ буйствѣ и стараться, чтобы не оставался безъ присмотра.

Заслуживаетъ также вниманія, что Сигизмундъ Старый на сеймѣ 1525 г. постановилъ издать *conventus iusticiae* при помощи отдѣльной комиссіи. Изданіе это появилось, раздѣленное на пять книгъ, въ 1532 г. Въ книгѣ третьей говорится, что законъ съ 1638 г. устанавливаетъ такъ называемыхъ опекуновъ (*curatores*) для помѣшанныхъ. Ихъ назначала королевская канцелярія, послѣ точнаго изслѣдованія умственныхъ способностей больного лица (*Volum leg III*).

Церковная власть въ первые вѣка христіанства распространялась единственно на духовныя дѣла. Она рѣшала религіозныя споры, занималась устройствомъ управленія священниковъ, смотрѣла за ихъ поведеніемъ и поступками, опредѣляла приходскихъ священниковъ и чиновниковъ, назначала покаянія, церковныя наказанія и исключала изъ церковной общины. Потомъ власть эта расширилась болѣе и многія свѣтскія учрежденія отчасти по ясному согласію короля, отчасти прямо, вслѣдствіе присвоенія себѣ этихъ правъ, что было терпимо королями, пока наконецъ не появилось новое изложеніе церковнаго права, и то, что прежде составляло добровольную уступку „*jus voluntariae juris dictionis*“,—сдѣлалось непоколебимымъ церковнымъ правомъ. Это вторженіе въ свѣтскія права духовенства получило особенное значеніе съ тѣхъ поръ, какъ папы приняли короля и страну подъ свое особенное покровительство. Этимъ путемъ проникла въ Польшу инквизиція.

Булла папы Іоанна XXIII 1318 г. постановляетъ для краковской и бреславской діецезіи отдѣльное учрежденіе *sensorum fidei*. Въ царствованіе Казимира Великаго нѣкій *frater Nicolaus* въ Серадзѣ былъ опредѣленъ въ должности *inquisitoris hereticae pravitatis in Magna Polonia et prioris conventus praedicatorum*. На сеймѣ въ Велюнѣ 1424 г. были утверждены права инквизиціи и изданы были подтвержденія *ut in omnibus partibus requi libere officium exercent—suspectas delineatis sub certu et diligenti custodia ad locum quem idem Inquisitor mandaverit de ducatis. Condemnatos quoque ad curias seculari relictas, indicatis, recipiatis, pacua debita puniendas*. Подобныя приказанія получали и отдѣльные инквизиторы, но онѣ не были номѣщены въ конституціяхъ, или въ народныхъ актахъ.

Каждый провинціалъ ордена Доминиканцевъ былъ *eo ipso* инквизиторомъ. Въ началѣ вся власть и сила инквизиторовъ находилась въ рукахъ епископовъ, поэтому и не была она такъ страшна.

Первые слѣды гоненія чаровницъ и вѣдьмъ находимъ въ половинѣ XVI столѣтія,—но высшей точки развитія процессы достигли въ XVII и XVIII столѣтіяхъ. Неизвѣстный авторъ говоритъ, что процессы противъ вѣдьмъ по селамъ и городкамъ поглощали не меньше жертвъ, какъ и чума,—и не проходило ни одного года, чтобы не было сожжено нѣсколько вѣдьмъ.

Кромѣ отреченія отъ Бога и отдаванія чести дьяволу, вѣдьмы были обвиняемы въ томъ, что приносили вредъ людямъ посредствомъ перемѣны законовъ природы, производили необыкновенную сушу или непрерывный дождь, градъ, молніи и громы, вслѣдствіе чего посѣвы и хлѣбъ истреблялись, происходили пожары отъ молній, болѣзни и недуги, оканчивающіеся смертью людей и домашняго скота,—дальше обвинялись онѣ въ приготовленіи любовныхъ напитковъ, гаданіи, предсказываніи будущаго и проч.

Для сходокъ съ сатаной и его товарищами служили отдѣльныя мѣстности, особенно безлюдныя горы извѣстныя подъ общимъ названіемъ „Лысой горы“. Подъ этимъ названіемъ не понимали одной какой нибудь горы, какъ напр. Лысая гора въ горномъ хребтѣ Св. Креста, но близъ каждой деревушки или городка всегда находилось подобное мѣсто сходокъ. Вѣдьмы собирались также въ лѣсахъ, на открытомъ мѣстѣ, въ безлюдныхъ равнинахъ, домахъ и даже въ жилыхъ помѣщеніяхъ.

Такія совѣщанія происходили преимущественно по четвергамъ послѣ новолунія; каждая окрестность имѣла своего мѣстнаго сатану, но на болѣе многочисленныхъ собраніяхъ предсѣдательствовалъ одинъ изъ старшихъ чертей; онъ давалъ колдунамъ и вѣдьмамъ совѣты и поученія, училъ какъ поступать, какъ легче всего вредить ближнему а себѣ принести по возможности большую пользу. На собраніяхъ, по преданію, происходили особые обряды и церемоніи, отдавалась честь дьяволу (къ чему служили взятыя и не употребленныя гости при Св. причащеніи, изъ которыхъ изготовлялись самыя сильныя волшебныя средства), происходили любовныя связи съ дьяволами и ихъ сотоварищами, а затѣмъ слѣдовали пиры и игры съ музыкой и танцами, кушаньемъ и напитками продолжавшіеся до восхода солнца.

На „Лысую гору“ вѣдьмы отправлялись черезъ окно или каминъ на лопатѣ, помелѣ, или кочергѣ, и неслись по воздуху, никѣмъ невидимыя, или-же ѣхали на возу, запряженномъ лошадьми, быстро несущими ихъ по землѣ, или по воздуху.

При помощи нечистой силы, вѣдьмы становились невидимыми, или перемѣнялись внезапно и принимали видъ различныхъ животныхъ особенно мышей, кошекъ, собакъ, или волковъ, или въ такъ называемыхъ кровососовъ (wampir — упир) — (упырей), которые послѣ смерти оставляли свою могилу, чтобы ночью сосать кровь человѣка и скота, служащую имъ пищею. Чтобъ отворотить и предупредить поступки упыря, нужно было вы-

копать его изъ могилы, пронзить коломъ и лопатой отдѣлать голову отъ туловища. Простой народъ непоколебимо вѣрилъ тому, что если беременная еврейка умретъ, то послѣ ея смерти родится непременно кровососъ. Упырей считали также причиной чумы и поэтому 1770 года сожжена была на Украинѣ какая-то женщина, принимаемая за упыря.

Волшебныя средства готовились изъ различныхъ травъ, изъ сожженныхъ и обращенныхъ въ порошокъ человѣческихъ костей, изъ лягушекъ, жабъ, змѣй, червей и проч. Мази дѣлались изъ жира дѣтей, умершихъ обычной, или неестественной смертью не крещеными.

Любопытно, что въ колдовствѣ подозрѣвались, или обвинялись чаще всего старыя, отвратительной наружности, бабы, принадлежащія къ самому низкому сословію. О молодыхъ женщинахъ, или о принадлежащихъ къ привилегированному сословію, встрѣчаемъ только очень рѣдко упоминанія, — тоже и о мужчинахъ; если о послѣднихъ гдѣ нибудь идетъ рѣчь, то они всегда считаются придворными музыкантами владыки ада, играющими во время дьявольскихъ танцевъ на какой-то причудливой флейтѣ, или на другомъ подобномъ инструментѣ.

Такія и потому подобныя грубыя суевѣрныя понятія сами по себѣ были достаточны, чтобы подозрѣвать, обвинить и приговорить къ смерти.

Слѣдуетъ еще обратить вниманіе на то, что въ эти времена рѣдко обвинялись въ связи съ сатаною евреи, хотя они уже густо населяли страну и подвергались преслѣдованіямъ другого рода.

Со времени появленія процессовъ противъ вѣдьмъ, магдебургское право получило особенное значеніе, а потомъ, когда подобныхъ дѣлъ было все больше, судьи почти исключительно поступали и рѣшали дѣла на нѣмецкій ладъ, чему особенно способствовалъ переводъ преславутаго „*Malleus maleficarum*“.

Въ составъ суда обыкновенно входили войтъ (городской или сельскій) и гласные; суду такому однако не подлежало дворянство и его домашніе, евреи и вообще не хрістіане.

Процедура была очень проста. Достаточно было одного обвиненія, чтобы завести судебное дѣло со всѣми его послѣдствіями. На основаніи обвиненія и показанія свидѣтелей начиналось слѣдствіе (*inquisitio*). Показанія обвиняемаго были добровольныя, такъ называемыя почти добровольныя, т. е. такія, которыя давались послѣ представленія обвиненному ве-

щественныхъ доказательствъ, послѣ сдѣланнаго ему увѣщанія или угрозы пытки и, наконецъ, такъ называемыя, вынужденныя показанія, полученныя при пыткѣ.

Если обвиненная не признавалась добровольно, тогда принималась пытка и хотя принято было употреблять ее только одинъ разъ въ день, однако случалось, что обвиняемую подвергали ей два раза и три раза. Приборы были тѣже, что и въ Германіи: лѣстница, вытягиваніе бичевками, испанскій сапогъ, прижиганіе каленымъ желѣзомъ, или расплавленной сѣрою, вырываніе кусковъ тѣла раскаленными щипцами и т. д. Пытка производилась въ назначенномъ для этого подвалѣ, или подземельи ратуши, а если послѣдней не было въ какомъ нибудь городкѣ или деревнѣ, то для этой цѣли приспособлялось особое помѣщеніе въ отдѣльномъ домѣ.

Когда, наконецъ, мнимая вѣдьма признавалась въ своей винѣ, слѣдовалъ приговоръ сожженія на кострѣ. Часто передъ исполненіемъ состоявшагося рѣшенія, приговоренныя къ сожженію должны были вынести еще мученія сѣченія розгами, терзаніе раскаленными щипцами и вырываніе языка, если обвинялись въ богохульствѣ.

Если обвиненная въ колдовствѣ, не смотря на пытку, не признавалась въ винѣ, это не защищало ее отъ приговора къ смертной казни, такъ какъ и упорство, не смотря на мученія, уже само собою считалось тоже видомъ колдовства; несчастную считали какою-то закоренѣлой преступницей и выдающей вѣдьмой, пользующейся особенной помощью и опекой сатаны.

Предполагалось именно, что дьяволъ находится въ ней, или при ней и переноситъ мученія вмѣсто нея,— для нея же самой дѣлаетъ боль нечувствительной; а такъ какъ полагали, что нечистые духи охотнѣе всего проживаютъ въ волосахъ, то поэтому вошло въ обычай, чтобы, еще до пытки, тѣло каждаго колдуна или вѣдьмы, на всемъ пространствѣ, на чисто выбривалось.

### Бѣснующіеся.

До сихъ поръ мы занимались только лицами, которыя, по существующему всеобщему понятію, сами и добровольно предались во власть нечистой силы и которыя называются колдунами и вѣдьмами. Но, по церковнымъ понятіямъ, перешедшимъ къ сожалѣнію и въ медицину, существовала еще дру-



гая категорія людей, которыми овладѣвалъ дьяволъ и безъ нихъ на то согласія избиралъ себѣ мѣстомъ пребыванія ихъ тѣло,— это были бѣсноватые.

Но если колдуны и вѣдьмы, добровольно преданные дьяволу, предъ лицомъ Бога и людей достойны были наказанія, то съ другой стороны бѣсноватые, какъ жертвы адской злости и измѣны, очевидно не могли подлежать карѣ и заслуживали всеобщаго сожалѣнія и состраданія и прежде всего попеченія церкви, главною задачей которой было побѣждать вездѣ сатану, гдѣ бы онъ ни попался.

Вотъ единственная причина, почему бѣсноватые пользовались до нѣкоторой степени привилегіями и не подвергались преслѣдованію, а скорѣе онекѣ. Заняли-ли они однако въ польской церкви такое же положеніе, какъ такъ называемые „Euegastepes“ вообще въ католической церкви и какъ объ этомъ упоминаетъ Kirchhoff, я не могъ найти положительныхъ на то данныхъ; по всему однако вѣроятію такъ было дѣйствительно и въ Польшѣ, такъ какъ извѣстно, что въ это время въ Польшѣ находилось еще очень много духовныхъ иностранцевъ, италіянцевъ, французовъ и нѣмцевъ, которые въ этомъ отношеніи навѣрно вносили съ собою обычаи своихъ странъ.

Несомнѣнно только то, что и въ Польшѣ бѣсноватые занимали исключительное положеніе, которое по необходимости вскорѣ привело къ злоупотребленіямъ, такъ какъ съ дурными наклонностями люди существовали всегда и нерѣдко притворялись бѣсноватыми, чтобы жить легко и спокойно. Поэтому, вѣроятно, между бѣсноватыми больше было плутовъ, чѣмъ дѣйствительно одержимыхъ нечистою силою.

Для изгнанія дьявола, назначались особые лица, причѣмъ въ постановленіяхъ или распоряженіяхъ церковныхъ нерѣдко находимъ замѣчанія и совѣты, чтобы въ подобныхъ случаяхъ обращаться за помощью къ истиннымъ, установленнымъ церковью, экзорцистамъ.

Изъ этого слѣдуетъ, что, подобно тому, какъ были ложные бѣсноватые, были также и ложные экзорцисты, или просто обманщики.

Существованіе ложныхъ бѣсноватыхъ, несомнѣнно возбуждало во многихъ здравомыслящихъ людяхъ сомнѣніе, существуютъ-ли бѣсноватые вообще. Наклонность видѣть чудесное и вѣра въ это чуть-ли не прирождена человѣку и съ незапамятныхъ временъ составляла источникъ возникновенія понятій о бѣсноватыхъ.

\*

Сами-же бѣсноватые или вѣрили тому, что они одержимы бѣсомъ, или-же окружающіе ихъ вѣрили тому и убѣждали ихъ, что это такъ дѣйствительно случилось. Дальше полагали, что самъ дьяволъ избиралъ себѣ помѣщеніе, или же это происходило подъ вліяніемъ заклинанія колдуна, другими словами, кромѣ бѣсноватыхъ были и околдованные или очарованные.

Если ближе присмотримся къ описаніямъ этихъ околдованныхъ или очарованныхъ, то трудно не видѣть, что при этомъ почти всегда имѣемъ дѣло съ больными. Между ними находились несомнѣнные эпилептики и одержимые другими судорожными болѣзнями, которыя больше всего обращаютъ на себя вниманіе и распространяются между окружающими, — почему уже въ то время предполагалось, что демономанія заразительна. Я думаю, мы не ошибемся, если сравнимъ этихъ лицъ съ нашими истеричными.

Всякіе нелѣпыя, бессмысленныя поступки съ бѣсноватыми и вѣдьмами высшей точки развитія въ Польшѣ достигли въ XVII и въ половинѣ XVIII столѣтія; но нѣтъ основанія утверждать, что булла Иннокентія VIII въ 1484 г., или же буллы слѣдующихъ папъ, способствовали усиленію преслѣдованія вѣдьмъ. Равно и доминиканскій орденъ и его инквизиторы по большей части относились къ такимъ дѣламъ равнодушно или пассивно, по крайней мѣрѣ ни въ одномъ просмотрѣнномъ мною дѣлѣ я не встрѣтилъ ясныхъ слѣдовъ, что оно вызвано духовными и особенно доминиканцами. Инквизиція существовала въ Польшѣ законнымъ образомъ уже съ 1424 года, но съ самаго начала рѣшеніе дѣлъ было во власти епископовъ, почему инквизиція не была завѣдуема непосредственно изъ Рима. а слѣдовательно была менѣе страшна. Духовные суды издавна старались укрѣпить и удержать свое вліяніе, вслѣдствіе чего происходили частые споры между духовною и свѣтскою властью, но первой не удалось никогда получить рѣшительный перевѣсъ надъ второй. Причину, по всему вѣроятію, нужно искать въ конституціи 1543 г., въ которой находится то положеніе, что свѣтскій судъ имѣетъ полное право вмѣшиваться въ дѣла о колдовствѣ, если вслѣдствіе этого произошелъ вредъ или убытокъ кому либо, — а также, что дѣла о защитѣ дворянской чести не подлежатъ духовному суду. Эти два прибавленія обыкновенно уже до начала дѣла о колдовствѣ, отнимали у духовныхъ судовъ самое важное оружіе изъ рукъ и передавали его почти исключительно свѣтскимъ судамъ.

Другая причина, почему значеніе духовныхъ судовъ не могло достигнуть большихъ размѣровъ, лежала въ законоположеніи, что каждый дворянинъ былъ судьей въ границахъ своего имѣнія.

Такимъ образомъ мы видимъ, что всѣ дѣла, касающіяся бѣсноватыхъ и вѣдьмъ всецѣло зависѣли отъ свѣтскихъ судовъ. Если же обращеніе съ бѣсноватыми по своему невѣжеству и грубости такъ мало отличалось отъ дѣлъ о колдовствѣ за границей, то причина этого лежитъ въ суевѣріи, предразсудкахъ и въ недостаткѣ познаній, проявлявшихся среди всѣхъ, даже болѣе образованныхъ, людей своего времени. Къ сожалѣнію и медицина не способствовала, или очень мало способствовала уничтоженію этого, такъ сказать, убійственнаго предразсудка. Немногіе, болѣе просвѣщенные и здравомыслящіе, люди составляли исключеніе, но голосъ ихъ не былъ услышанъ и понятъ.

Этимъ и объясняется, почему совсѣмъ не распознавали помѣшанныхъ и не признавали ихъ такими, такъ какъ бѣсноватые, колдуны или вѣдьмы не подлежали компетенціи врачей. Тѣмъ невѣжества имѣла перевѣсъ надъ науками, и уже самое занятіе естественными науками, а также объясненіе явленій природы, достаточны были для подозрѣній въ соучастіи съ нечистою силою. Вѣра въ очарованіе была сильна; даже Парацельсъ глубоко вѣрилъ во вліяніе демона и сатаны и не указалъ вѣрныхъ признаковъ для отличія бѣсноватыхъ отъ помѣшанныхъ.

Только когда познанія и науки опять начали процвѣтать, когда естественныя науки сравнительно быстро развились и проникли въ среднее и даже низшее сословіе, тогда только могло наступить положительное искорененіе суевѣрія и предразсудковъ. Но цѣлые вѣка нужны были для этого. Яснымъ поэтому становится, почему по начало ХІХ столѣтія такъ рѣдко слышимъ въ Польшѣ о помѣшанныхъ и вообще о душевно больныхъ, а больше о вѣдьмахъ, колдунахъ и бѣсноватыхъ.

Психіатріи впрочемъ вездѣ приходилось бороться съ большими трудностями,—и въ Польшѣ не легче ей пришлось занять соотвѣтственное мѣсто, да вѣдь и теперь еще суевѣріе и недовѣріе составляетъ многія препятствія на пути ея развитія.

### **Примѣръ преслѣдованія вѣдьмъ и дѣлъ о колдовствѣ въ Польшѣ.**

Одной изъ первыхъ, подвергнувшихся преслѣдованію, была вѣская Маргарита Бильковская. Подозрѣваемая въ колдовствѣ,

она была обвинена предъ познанскимъ капитуломъ, но ей удалось оправдаться передъ этимъ духовнымъ судомъ.

Дѣло Дороты Гнѣшковой. Она была обвинена въ томъ, что при помощи волшебствъ, а именно выливанія расплавленного воска въ воду, она узнала, кто укралъ деньги у Кѣрской, по желанію которой Дорота предприняла это. Сама обвиненная созналась, что она убѣдилась въ этомъ, кто именно укралъ, такимъ образомъ, что передъ вылитіемъ воска она по три раза говорила Молитву Господню, ангельское привѣтствіе и апостольское сложеніе. Во время же самаго выливанія воска она говорила: „Возлюбленная Матерь Божья отошла, а сынъ Божій дожидался Ея и спрашивалъ: Куда идешь возлюбленная Мать. Иду, возлюбленный Сынокъ, иду заговаривать вора, который сдѣлалъ такой ущербъ этой женщинѣ. Да очаруй его, пречистая Дѣва, милостью Твоей Божеею, силою святыхъ господнихъ и моею властью, чтобы этотъ челоуѣкъ, который укралъ, явился здѣсь передъ нами. Во имя Отца и Сына и Святаго Духа. Аминь“. Послѣ этого ей явился призракъ слуги этой г-жи Кѣрской съ большою кучею денегъ, которая дважды укралъ, и такъ похожъ былъ на дѣйствительнаго, какъ одинъ палецъ на другой. Дальше обвиненная показала, что какая-то женщина просила ее, чтобы она очаровала портняжнаго подмастерья Филиппа, чтобы онъ полюбилъ ее. И вотъ она сдѣлала это при помощи слѣдующихъ словъ, сказанныхъ при восходѣ солнца. „Поздравляю тебя, небесная заутреня, пойди со мной къ Филиппу и смягчи сердце его такъ, чтобы никогда не пожелалъ другой дѣвицы или вдовы, кромѣ этой одной только Люціи Н. Такъ какъ Гнѣшкова созналась явно въ этихъ преступленіяхъ, то, по строгому Магдебурскому праву, была приговорена и на 7-й недѣлѣ послѣ праздника Божьяго Тѣла 1544 года была сожжена на кострѣ.

Любопытенъ случай, передаваемый Чацкимъ. Король Сигизмундъ Августъ подозрѣвалъ мать свою, что она подсылаетъ какую-то бабу, чтобы она при помощи колдовства вредила ему и его супругѣ. Въ письмѣ своемъ отъ 1 и 2 іюня 1551 г. Августъ II пишетъ Николаю Радзивиллу слѣдующее: Баба эта, по наущенію Нашей матери, старается Намъ и Нашей Возлюбленной Супругѣ всячески вредить, какъ это Ваша Милость знаете хорошо. Приказалъ поэтому король бабу (вѣдьму) эту заключить въ тюрьму въ Серадзѣ, а потомъ перевести ее въ Брестъ, но однако, когда астрологъ Пробощовичъ по звѣздамъ

вычиталъ, что Король долженъ въ Брестѣ остерегаться особенно огня, то Сигизмундъ, опасаясь сказанной бабы, приказалъ опять перевести вѣдьму изъ Бреста въ Дубникъ, имѣніе князей Радзивилловъ, чтобы тамъ она осталась до его приѣзда. Что съ вѣдьмой дальше произошло—неизвѣстно.

Вмѣстѣ съ отиѣною пытки и смертной казни за колдовство, исчезаютъ и процессы противъ вѣдьмъ. Это впрочемъ не доказываетъ, что вмѣстѣ съ ними исчезаютъ и суевѣрныя убѣжденія о существованіи бѣсноватыхъ и околдованныхъ. Во всѣхъ мѣстностяхъ края, особенно среди сельскаго населенія, это суевѣріе все еще сильно распространено,—и до сихъ поръ еще тутъ говорятъ о вѣдьмахъ, кровососахъ, очарованіи и проч.,—и не только среди простаго народа, но также и между ремесленниками,—даже между такъ называемыми образованными людьми тайкомъ все еще удерживается повѣріе о вѣдьмахъ и колдунахъ.

### Призрѣніе душевно-больныхъ въ Польшѣ.

Изъ вышесказаннаго легко замѣтить, что потребовались цѣлыя столѣтія, пока можно было подумать о кое какомъ призрѣніи душевно-больныхъ.

Нужно было прежде всего искоренить предрасудки и суевѣріе, побѣдить ложныя воззрѣнія, потушить пылающіе костры съ горящими на нихъ вѣдьмами, пока могли понять, что то, что было принимаемо за колдовство, составляло только печальную болѣзнь. Раньше чѣмъ перейду къ интересующему насъ вопросу, я вкратцѣ упомяну о призрѣніи нищихъ и больныхъ вообще. Почти одновременно со введеніемъ христіанства, при болѣе значительныхъ костелахъ и монастыряхъ основаны были такъ называемые госпитали; это не было то, что мы нынѣ подъ этимъ словомъ понимаемъ; тогдашніе госпитали были просто убѣжищами для пилигримовъ и иностранныхъ путешественниковъ, это были *hospitia* (гостинные дворы), гдѣ конечно, въ случаѣ необходимости, и больные могли найти временное помѣщеніе.

Мѣстные духовные, приходскіе священники, были обязаны заботиться о вдовахъ, сиротахъ и нищихъ своей гмины или прихода. Больше всего занимались призрѣніемъ больныхъ и нищихъ, монахи различныхъ орденовъ и особенно бенедиктинцы, а потомъ братья ордена Св. Іоанна Брусалитскаго, переименованные потомъ мальтанцами, стараніемъ которыхъ

основанъ въ 1170 году госпиталь при больницѣ Св. Михаила въ Познанѣ въ царствованіе Мечислава Старого. Дѣятельность братьевъ ордена Св. Іоанна скоро измѣнилась и они стали заниматься дѣлами, не имѣющими ничего общаго съ призрѣніемъ больныхъ.

Дальше слѣдуетъ упомянуть о *Canonici de Saxia Sancti Spiritus*. Кажется, что они основали много приютовъ для больныхъ (дѣйствительныхъ больницъ) подъ тѣмъ-же названіемъ, чаще по крайней мѣрѣ, чѣмъ подъ другимъ. Первую такую больницу они основали 1203 г. въ Славковкѣ и уже въ 1244 г. перенесли ее въ Краковъ.

Послѣ упраздненія этого ордена въ 1788 г. въ монастырскихъ зданіяхъ помѣщены были душевно-больные и сифилитики. Дальше орденъ этотъ основалъ и много другихъ больницъ, куда принимали всякаго рода больныхъ, а слѣдовательно попадались и душевно-больные, тѣмъ не менѣе прямыхъ доказательствъ на это нѣтъ.

Всѣ благотворительныя заведенія оставались все еще подъ исключительнымъ руководствомъ и управленіемъ какъ блага, такъ и монашескаго духовенства.

Только съ 1775 г., послѣ учрежденія Станиславомъ Августомъ такъ называемаго „Постояннаго Совѣта“, соотвѣтствующаго нынѣшнимъ государственнымъ совѣтамъ, призрѣніе больныхъ и нищихъ изъ рукъ священниковъ переходитъ въ вѣдѣніе правительства, въ вѣдѣніе такъ называемой „госпитальной коммиссіи“, которыхъ было двѣ, одна для республики, другая для литвы.

Между многочисленными орденами, прибывшими въ Польшу, нацѣлись также и братья милосердія, *Boni-fratelli*. *Beu-fratelli* или, какъ вульгарно называются они въ Польшѣ, бонифратры.

Этотъ орденъ для Польши имѣлъ другое значеніе и поэтому я долженъ о немъ нѣсколько обширнѣе поговорить. Іоаннъ Божій Циродадъ родился 1506 г. въ Португаліи, молодость его была неспокойна, бурна, — сперва пастырь, потомъ воинъ и наконецъ основатель новаго монашескаго ордена, которыхъ тогда много возникало, Циродадъ изъ Португаліи ушелъ въ Испанію, развилъ свою дѣятельность въ Мадридѣ и умеръ здѣсь 1556 г. Къ обыкновеннымъ 3 монашескимъ обѣтамъ онъ прибавилъ четвертый: призрѣніе больныхъ. Самъ онъ всю свою жизнь усердно и съ самоотверженіемъ посвящалъ уходу за помѣшанными, которыхъ помѣстилъ въ 1540 г. въ домѣ, купленномъ имъ въ Мадридѣ на бла-

готворительныя пожертвованія. По вечерамъ онъ съ корзиной ходилъ по городу, прося милостыни для своихъ питомцевъ, переноса часто насилья и даже побои. Орденъ былъ утвержденъ папой Павломъ V въ 1572 г. Этихъ то монаховъ, къ которымъ кромѣ дѣйствительныхъ духовныхъ братьевъ принадлежали и бѣльцы, пригласилъ въ Краковъ въ 1609 г. Valesius Montelupi de Mari, гдѣ жители выстроили имъ изъ добровольныхъ пожертвованій костелъ и монастырь по улицѣ Св. Іоанна въ 1616 г.

Послѣдовавшія потомъ различныя экономическія и политическія бѣдствія привели монастырь и больницу къ полнѣйшему упадку.

Въ 1812 г. Фридрихъ Августъ король саксонскій и князь варшавскій подарилъ бонифратрамъ зданія и имущества, упраздненныхъ въ то время, тринитаріевъ и здѣсь открыта была больница для душевно-больныхъ мужчинъ, существующая и до сихъ поръ. Кромѣ того существуетъ еще отдѣленіе, состоящее изъ отдѣльныхъ келій для лицъ духовнаго званія, страдающихъ эпилепсіей или помѣшательствомъ. Больница Св. Духа по улицѣ Св. Креста принимала также душевно-больныхъ. Кромѣ того краковское мѣщанство содержало на свой счетъ отдѣльный домъ близъ костела Св. Гертрузы, въ которомъ призрѣвались помѣшанные, а епископъ Андрей Тржебицкій для этой цѣли въ 1679 г. предназначилъ другой домъ.

Изъ Кракова орденъ Бонифратровъ быстро распространился по цѣлой тогдашней Польшѣ.

Гдѣ они ни поселялись, вездѣ занимались уходомъ за больными, при чемъ, какъ мыѣ рассказывалъ, недавно умершій провинціалъ ордена О. Наварскій, послѣдній монахъ этого ордена въ Польшѣ, призрѣніе душевно-больныхъ издавна составляло имъ специальную задачу и каждого такого больного они принимали безусловно. Можно утверждать положительно, что, со времени выступленія на поприще своей дѣятельности братьевъ милосердія въ Польшѣ, на нашихъ больныхъ стали смотрѣть, какъ на дѣйствительно больныхъ и, хотя подъ руководствомъ монаховъ, конечно, попеченіе больныхъ оставяло многое желать по теперешнимъ нашимъ на этотъ предметъ воззрѣніямъ, однакожъ это вызвало переворотъ, какого и оцѣнить нельзя; это явленіе составляетъ эпоху въ исторіи психіатріи и поэтому для меня неопытно, почему Ullersperger, въ своей исторіи психіатріи въ Испаніи, не упоминаетъ объ этомъ ордено.

Что касается больницы Св. Іоанна Божія въ г. Варшавѣ, то она учреждена въ 1650 г. каноникомъ Ѳомою Рупининомъ на сумму 4000 польскихъ золотыхъ.

Подъ непосредственнымъ вліяніемъ и надзоромъ банифратровъ больница эта оставалась до 1832 г., а затѣмъ перешла во владѣніе попечительнаго совѣта.

Нѣтъ точныхъ данныхъ, каково было леченіе, при завѣдываніи больницами братьями ордена. Изъ двухъ старыхъ книгъ съ 1695 и 1765 г. можно заключить, что пріемъ больныхъ и призрѣніе ихъ возложено было на дежурнаго монаха или бѣльца. Книги эти доказываютъ, что между больными находились помѣшанные, но не даютъ намъ понятія о числѣ ихъ, формахъ болѣзни и способахъ леченія. Въ старомъ архивѣ я нашелъ еще, что въ 1765 г. въ больницу Св. Іоанна въ Варшавѣ поступилъ въ качествѣ монаха медикъ Пасхаль, который и исполнялъ обязанности врача до 1790 г., т. е. въ теченіи 25 лѣтъ.

Въ 1790 г. встрѣчаемъ доктора Пержинну, монаха, который оставался при больницѣ до 1793 г. Съ 1795 г. больница Св. Іоанна предназначается исключительно для душевно больныхъ; не осталось однако никакихъ письменныхъ слѣдовъ о дѣятельности больницы съ того времени. Въ 1817 г. врачомъ при этой больницѣ былъ Маврикій де Войде, практиковавшій въ Варшавѣ и безвозмездно лечившій помѣшанныхъ до 1828 года. Одновременно съ нимъ съ 1826 г. былъ врачомъ при больницѣ докторъ Мыль (Mulo) и его помощникъ Крысинскій, который въ 1848 г. былъ назначенъ главнымъ врачомъ.

Въ апрѣлѣ 1867 года должность главнаго врача была ввѣрена мнѣ и вмѣстѣ со мною въ больницѣ занимались бывшій профессоръ Ромуальдъ Плѣнсковскій, Брониславъ Тачановскій и Станиславъ Хоментовскій, послѣ смерти котораго въ 1881 году на должность врача былъ назначенъ Альбертъ Розенталь.

Около 1830 г. число мѣстъ въ больницѣ было увеличено съ 34 на 80, однако, по мѣрѣ увеличенія числа больныхъ, ищущихъ помѣщенія, число мѣстъ возрастало и въ 1867 г. здѣсь находилось уже 166 мѣстъ, а въ 1870 г. достигло 200, каковая цифра удерживается и по настоящее время.

Такова краткая исторія больницы Св. Іоанна Божія, которая по конецъ 1891 года была единственнымъ самостоятельнымъ заведеніемъ для душевно больныхъ мужчинъ всей Польши.



Что касается другихъ больницъ, въ которыхъ имѣются отдѣленія для душевно больныхъ, то число ихъ очень мало.

Между ними на первомъ мѣстѣ стоитъ отдѣленіе больницы Младенца Іисуса для душевно больныхъ женщинъ. Началомъ своимъ эта больница обязана неутомимой дѣятельности священника ордена миссіонеровъ Baudoninа.

Съ 1835 г. число больныхъ все возрастало и въ 1870 г. достигло штатнаго числа 200, при чемъ завѣдующимъ былъ Фридрихъ, помощникомъ же ему былъ назначенъ Вильгельмъ Любельскій. Фридрихъ умеръ 1867 г. и тогда исполнить обязанности его было поручено мнѣ, съ цѣлью сдѣлать однообразнымъ уходъ за больными обоихъ половъ. Одновременно съ Любельскимъ былъ назначенъ Фаддей Жлобиковскій.

Непосредственный присмотръ за больными былъ возложенъ, съ самаго начала существованія больницы и до настоящаго времени, на сестеръ милосердія Общины Св. Викентія á Paula, а слѣдовательно имъ же было ввѣрено призрѣніе и душевно больныхъ и я въ теченіи 20 лѣтней моей службы при этомъ отдѣленіи никогда не имѣлъ ни малѣйшаго повода къ жалобѣ на нихъ. Это женское отдѣленіе упразднено теперь при открытіи новой больницы въ д. Творкахъ.

Больница Св. Іоанна Божія и отдѣленіе для помѣшанныхъ при больницѣ Младенца Іисуса составляли почти исключительное помѣщеніе для душевно больныхъ цѣлаго края, такъ какъ отдѣленія, существующія еще при другихъ больницахъ, могутъ помѣстить только очень незначительное число больныхъ.

Въ самой Варшавѣ имѣется еще отдѣленіе для душевно больныхъ, въ еврейской больницѣ, въ которомъ среднимъ числомъ помѣщается по 25 больныхъ обоего пола. Всѣ приспособленія очень примитивны и недостаточны, такъ что собственно не заслуживаетъ названія отдѣленія для помѣшанныхъ; это просто часть больницы, отдѣленная отъ цѣлаго для заперанія въ ней беспокойныхъ и опасныхъ для другихъ помѣшанныхъ. Къ несчастію, помѣщеніе это до того всегда переполнено, что пріемъ новыхъ больныхъ представляетъ большія затрудненія. Но и тутъ стремятся къ улучшенію дѣла, такъ какъ еврейское общество намѣрено уже давно построить новую общую больницу, а неизвѣстный филантропъ пожертвовалъ большую сумму на постройку отдѣленія для душевно больныхъ, такъ что въ недалекомъ будущемъ дѣло призрѣнія душевно больныхъ здѣсь двинется впередъ. Будетъ очень

прискорбно, если, какъ говорятъ, отдѣленіе для душевно больныхъ будетъ связано съ общей больницей.

Заведеніе для умалишенныхъ можетъ лишь тогда соответствовать развиваться, когда оно самостоятелно и имѣетъ собственное управленіе, во главѣ котораго находится врачъ специалистъ.

Необходимо упомянуть, что при полицейскомъ арестномъ домѣ находится еще такъ называемое отдѣленіе для помѣшанныхъ, въ которомъ всегда пребываетъ по нѣскольку человекъ больныхъ обоого пола, до времени помѣщенія ихъ въ соответственныя больничныя отдѣленія. Число этихъ несчастныхъ достигаетъ иногда 15 и больше. Отдѣленіе состоитъ изъ нѣсколькихъ комнатъ, не имѣющихъ никакой положительно спеціальной обстановки, а врачебную помощь оказываетъ здѣсь одинъ изъ полицейскихъ (городовыхъ) врачей.

Кромѣ этихъ казенныхъ и городскихъ заведеній для призрѣнія и леченія душевно больныхъ, въ Варшавѣ находится еще частное заведеніе, открытое покойнымъ Хоментовскимъ, по Маршалковской улицѣ, для помѣщенія 15 больныхъ. Въ настоящее время оно составляетъ собственность вдовы Хоментовскаго и находится во врачебномъ завѣдываніи Тачановскаго.

Для больныхъ военныхъ Варшавскаго Военнаго Округа при Уздовскомъ госпиталѣ имѣется психіатрическое отдѣленіе на 75 больныхъ, — оно также постоянно переполнено; а такъ какъ оно исключительно предназначено для военныхъ, то слѣдовательно другое населеніе края не можетъ имъ пользоваться. Въ городѣ Варшавы для больныхъ помѣшанныхъ имѣется пріютъ на горѣ Кальваріѣ, въ которомъ съ-издавня уже помѣщаются душевно больные обоого пола, числомъ до 50.

Въ этотъ пріютъ переводились больные изъ больницы Св. Іоанна Божія и изъ психіатрическаго отдѣленія больницы Младенца Іисуса въ случаѣ переполненія, для освобожденія мѣстъ въ этихъ больницахъ; но такъ какъ горно-кальварійскій пріютъ совсѣмъ не приспособленъ для такого рода больныхъ, то туда могли быть отсылаемы только, такъ сказать, абсолютно спокойные и неопасные больные, и поэтому число ихъ всегда было сравнительно мало. Такимъ образомъ горно-кальварійскій пріютъ составляетъ отдѣленіе варшавскихъ заведеній. На сколько мнѣ извѣстно, въ пріютъ не принимаются непосредственно больные, а ихъ передаютъ варшавскія отдѣленія.

Въ Люблинской губерніи Бонифратры поселились въ 1649 г., выстроили церковь и монастырь, а при послѣднемъ больницу,

куда, какъ можно навѣрно сказать, принимались и помѣшанные, но нигдѣ нельзя было найти указаній, какъ велико было число душевно больныхъ. Изъ всѣхъ мѣстностей прежней Польши, гдѣ поселились Вонифратры, Люблинъ, кромѣ Варшавы, есть единственное мѣсто, гдѣ, основанная этими монахами, больница до сихъ поръ существуетъ и въ которой находится психіатрическое отдѣленіе для 30 мужчинъ. Кромѣ того въ другой больницѣ имѣется отдѣленіе для 20 больныхъ женщинъ, состоящихъ подъ надзоромъ сестеръ милосердія, — Люблинъ поэтому одинъ изъ всѣхъ губернскихъ городовъ края имѣетъ помѣщенія для извѣстнаго числа душевно больныхъ. Больничный уставъ 1842 года положительно указываетъ, что душевно больные могутъ и должны быть принимаемы только въ такія больницы, гдѣ имѣются отдѣльныя и соотвѣтственно приспособленныя отдѣленія. А мы видѣли, что такихъ отдѣленій въ Царствѣ Польскомъ очень мало и что они почти всегда переполнены, почему и пріемъ больныхъ часто не возможенъ; съ другой стороны разстояніе отъ этихъ больницъ очень большое, а сообщеніе такъ затруднительно, что помѣщеніе больного, проживающаго въ болѣе отдаленныхъ мѣстностяхъ, почти невозможно, отнимаетъ много времени, часто сомнительно, такъ какъ пріемъ не всегда возможенъ, а предварительное освѣдомленіе о свободномъ мѣстѣ производится только исключительно. Поэтому-то, по очень важнымъ и до нѣкоторой степени очень справедливымъ причинамъ, часто постановленіе принимать душевно больныхъ только на свободныя мѣста обходятся администраціей больницъ, и острые или опасные больные временно помѣщаются въ губернскихъ или уѣздныхъ больницахъ.

Такихъ больницъ въ Привислянскомъ краѣ 70, слѣдовательно можно предположить, что въ нихъ въ теченіи года найдетъ пріютъ и уходъ около 100 больныхъ.

Самый главный и послѣдній шагъ въ дѣлѣ призрѣнія душевно больныхъ нужно отнести на 1891 г., въ концѣ котораго въ деревнѣ Творкахъ (въ двухъ верстахъ отъ станціи Прушковъ Варшавско-Вѣнской желѣз. дор.) открыта лечебница для 420 душевно больныхъ обоего пола. Построенная по павильонной системѣ, лечебница эта обладаетъ всѣми удобствами, какія имѣются въ настоящее время въ распоряженіи больничной техники: паровая кухня и прачешная, электрическое освѣщеніе, водопроводы, канализація и проч.

Заведеніе принимаетъ излечимыхъ больныхъ,—неизлечимыхъ и допускается только 104, живутъ они на такъ называемой фермѣ или колоніи и должны быть способны къ извѣстнымъ физическимъ занятіямъ. Въ закрытой части заведенія имѣется 316 мѣстъ для больныхъ излечимыхъ. Все число больныхъ въ административномъ отношеніи распадается на двѣ большія группы: бесплатныхъ числомъ 320 и платныхъ (пансіонеры)—100. Послѣдніе подраздѣляются на 2 класса: пансіонеровъ перваго класса, числомъ 20, и второго—80. Для пансіонеровъ обоихъ классовъ, какъ въ мужскомъ, такъ и въ женскомъ отдѣленіи, предназначены особыя зданія.

Заведеніе въ Творкахъ подчинено вѣдомству министерства внутреннихъ дѣлъ и находится подъ надзоромъ Варшавскаго генералъ-губернатора, непосредственный-же контроль имѣетъ надъ заведеніемъ городской совѣтъ общественнаго призрѣнія, который назначаетъ отдѣльнаго попечителя. Управление ввѣрено директору—врачу. Директоромъ этого заведенія состоитъ В. Н. Хардинъ, старшими ординаторами: А. П. Драгомановъ, И. М. Сабашниковъ и Ѳ. Ѳ. Жлобиковскій и три младшихъ ординатора.

Больныхъ заведеніе должно принимать изъ всего Привислянскаго края однако-же для постоянныхъ жителей г. Варшавы остается еще больница Св. Іоанна. Если есть свободныя мѣста въ пансіонерскихъ отдѣленіяхъ, то ихъ можно замѣщать больными внутреннихъ губерній Имперіи.—Съ открытіемъ лечебницы въ Творкахъ, общее число мѣстъ для душевно больныхъ увеличилось на 220, но многіе могутъ спросить удовлетворена-ли въ этомъ отношеніи потребность края? Устранено-ли вполнѣ настоящее горе? Опытный психіатръ отвѣтитъ однако—нѣтъ!

До сихъ поръ у насъ нѣтъ официальной статистики помѣшанныхъ и поэтому нѣсколько лѣтъ тому назадъ я постарался собрать приблизительныя статистическія данныя, такъ какъ такія частныя исчисленія во Франціи, Англіи и Пруссіи также опередили официальную статистику. Я воспользовался съ этой цѣлью работою д-ра Красновскаго, печатанной въ мемуарахъ варшавскаго врачебнаго общества за 1866 г. подъ заглавіемъ „Медицинская статистика и топографія Липновскаго уѣзда, Плоцкой губерніи“. Въ работѣ этой, на сколько это было возможно, приняты во вниманіе помѣшанные. Въ уѣздѣ общее число жителей 110787, изъ которыхъ 16418 въ городахъ, а 94369 въ деревняхъ, громадное, слѣдовательно, большинство жителей занимается земледѣліемъ.

Среди этихъ 110787 жителей, авторъ нашелъ 67 душевно больныхъ (при чемъ болѣзни были отчасти приобрѣтены, отчасти врождены),—а слѣдовательно на 1492 жителя приходился 1 душевно больной.

Допустивъ, что такое отношеніе имѣется въ цѣломъ краѣ, въ которомъ числится по послѣднимъ переписямъ 8½ милліоновъ жителей, число душевно больныхъ въ немъ достигаетъ по крайней мѣрѣ 5697.

Сравнивая это отношеніе съ провинціями и странами, которыхъ общественное и политико-экономическое положеніе, а также условія жизни сходны съ условіями данной мѣстности, напр. съ Галиціею и Богеміей, мы увидимъ, что мои цифры правдоподобны.

Статистика душевно больныхъ въ Галиціи въ 1875 г. показала отношеніе 1:2489, въ Богеміи 1:2000. Авторы этихъ статистикъ однако-же подчеркиваютъ то, что числа статистическаго изслѣдованія, при этихъ первыхъ опытахъ слишкомъ малы, чтобы на ихъ основаніи можно сдѣлать практическіе и полезные выводы, что станетъ еще яснѣе, если мы сравнимъ эти цифры съ исчисленіями, произведенными въ отдѣльныхъ государствахъ средней Европы.

И для Польши наши цифры вѣроятно слишкомъ малы.

Липновскій уѣздъ почти исключительно земледѣльческій; нѣтъ здѣсь ни большихъ городовъ, ни фабрикъ, ни промышленныхъ заведеній,—даже торговля не сильно развита, а поэтому онъ находится въ условіяхъ, менѣе всего благопріятствующихъ развитію душевныхъ болѣзней. Общія статистическіе выводы несомнѣнно были-бы вѣрнѣе, если-бы исходнымъ пунктомъ избранъ какой-нибудь другой уѣздъ, болѣе промышленный, Варшавской или Петроковской губерніи,—но, къ сожалѣнію, у меня нѣтъ достаточныхъ данныхъ для такого исчисленія. По собственному опыту однако мнѣ извѣстно, что въ Лодзинскомъ уѣздѣ Петроковской губерніи, а также и въ Варшавѣ число душевно больныхъ значительно больше, чѣмъ въ Липновскомъ.

Для этихъ двухъ мѣстностей можно принять отношеніе 1:500, такъ что для цѣлаго края по меньшей мѣрѣ можно считать 1 душевно-больного на 1000 жителей, т. е. на 8½ милліоновъ 8500 душевно больныхъ.

Это отношеніе 1:1000 тѣмъ болѣе правдоподобно и даже почти вѣрно, что въ тѣхъ мѣстностяхъ Имперіи, гдѣ въ земствахъ производились точныя исчисленія, выводы получились приблизительно сходные, а исчисленія эти производились подѣ

руководством психіатровъ, чтобы, при учрежденіи новыхъ заведеній, имѣть точныя свѣдѣнія о числѣ нуждающихся въ помѣщеніи больныхъ. Посмотрижь теперь сколько имѣется мѣстъ въ заведеніяхъ и психіатрическихъ отдѣленіяхъ, для помѣщенія нуждающихся въ этомъ 8500 больныхъ:

1) Лечебница въ Творкахъ .....	420
2) Больница Св. Іоанна Божія .....	200
3) Психіатрическое отдѣл. еврейской бол...	50
4) Частное заведеніе д-ра Хоментовскаго ..	15
5) Два отдѣленія въ Люблинѣ .....	50
6) Горно-Кальварійскій пріютъ .....	50

Итого .... 785

Изъ этого слѣдуетъ, что изъ общаго числа 8500 больныхъ можно помѣстить 785, т. е. въ нашемъ распоряженіи не одно мѣсто на 1000 или 1492, но одно на 10828 жителей. Сравнительно съ 1866 г., когда было 1 мѣсто на 14018 жителей, это безусловно значительный шагъ къ лучшему; но какъ же однако много еще сдѣлать нужно, чтобы можно было сказать, что горю пособлено. Вскорѣ не только старыя, но и новое заведеніе будетъ переполнено, а нуждающіеся не будутъ принимаемы и будутъ безконечно долго выжидать, пока наконецъ откроется мѣсто и удастся имъ попасть въ заведеніе, но уже въ состояніи не подающемъ надежды на излеченіе.

Такой общій выводъ нашего исчисленія. Но мы знаемъ, что вѣдь не каждый душевно больной требуетъ леченія въ заведеніи; многіе могутъ также хорошо, или даже и лучше, жить дома; другая, очень впрочемъ малая часть, остается на попеченіи семьи, или въ частныхъ заведеніяхъ. Но осталась еще часть больныхъ—излечимыхъ или неизлечимыхъ,—которая необходимо нуждается въ призрѣніи въ специальныхъ заведеніяхъ и для такихъ больныхъ мѣсто должно найтись. Возьмемъ самое выгодное отношеніе, что такихъ больныхъ только  $\frac{1}{2}$  общаго ихъ числа, и тогда увидимъ, что больничныхъ мѣстъ нужно не 785, а 2833 мѣста.

Если же ближе присмотримся къ цифрамъ съ 1866 г. и по 1892 г., то увидимъ, что упомянутый выше прогрессъ къ лучшему, очень проблематиченъ. Съ 1866 г. по 1892 г. число жителей въ Царствѣ Польскомъ увеличилось на 1 миллионъ, число же мѣстъ для больныхъ только на 220, слѣдовательно не въ соответственномъ отношеніи; изъ чего слѣдуетъ, что,

не смотря на открытіе новаго заведенія, положеніе помѣшанныхъ, требующихъ помѣщенія въ заведеніе, ни въ чемъ не улучшилось.

### Новѣйшія времена.

Результаты моего литературно психіатрическаго изслѣдованія показали бы очень печальными, еслибы-мы не видѣли, что и въ Польшѣ не было недостатка въ людяхъ, трезво и ясно понимающихъ дѣло и старающихся распространить свои взгляды въ обществѣ, не смотря на то, что это и для нихъ самихъ могло быть опасно. Въ Польшѣ происходило тоже, что и во всей западной Европѣ. По отношенію къ душевнымъ болѣзнямъ и на западѣ господствовали многочисленные предразсудки, и тамъ воззрѣнія болѣе трезво мыслящихъ людей медленно распространялись.

Теоретически научная сторона дѣла на западѣ стояла безъ сомнѣнія гораздо выше,—тамъ давно уже были построены различныя медицинскія системы, подъ которыя были подведены различныя психическія разстройства; системы эти были, къ сожалѣнію, слишкомъ сложны и обширны и не могли способствовать дѣйствительному уразумѣнію этихъ болѣзней и потому не имѣли практическаго значенія.

Ученые, ясно усвоившіе себѣ представленіе о душевныхъ болѣзняхъ и понимавшіе всю важность человѣческаго призрѣнія душевно больныхъ и на западѣ, составляли исключеніе. Таковыми были Chiaruggi въ Италіи, Pinel во Франціи, Cullen и Perfect въ Англіи, Langemann и Goeding въ Германіи. Не должно поэтому насъ удивлять, что въ Польшѣ, гдѣ научное образованіе встрѣчало такія трудныя препятствія, научный результатъ по отношенію къ нашему предмету не такъ богатъ, какъ на западѣ. Во всякомъ случаѣ могу утверждать, что, не говоря уже о Johnston'ѣ, Пержина былъ вполне ознакомленъ съ психозами, точно понималъ и надлежащимъ образомъ оцѣнивалъ причины и условія развитія болѣзни, и, что особенно важно, его воззрѣнія на леченіе были вполне раціональны.

Нужно прибавить ко всему этому, что и въ каждомъ его словѣ проглядываетъ чистая любовь къ ближнему. Онъ былъ противникомъ всякаго принужденія при леченіи и требовалъ, чтобы оно было примѣняемо не иначе, какъ подъ контролемъ врача, старался доставить больнымъ питательную и достаточную пищу, а также физическія занятія и признавалъ наравнѣ

съ соматическимъ и психическое леченіе въ обширномъ смыслѣ этого слова.

Все это уполномачиваетъ меня признать Пержину реформаторомъ польской практической психіатріи, стоящимъ на одномъ уровнѣ съ упомянутыми реформаторами въ другихъ странахъ.

XVIII столѣтіе для развитія просвѣщенія и наукъ въ Польшѣ не было блестящимъ; однако во второй его половинѣ начинается новое ихъ возрожденіе, чему способствовало главнымъ образомъ преобразование Краковскаго и Виленскаго Университетовъ подъ вліяніемъ такъ называемой эдукаціонной комиссіи.

Медицина и естественныя науки вошли въ новую эпоху, и на этомъ поприщѣ не одно имя пріобрѣло себѣ извѣстность. Психіатрія однако осталась въ сторонѣ, если не упоминать объ очень рѣдкихъ исключеніяхъ. Но уже въ первой половинѣ XIX вѣка встрѣчаемъ ученыхъ, посвятившихъ себя изслѣдованію мозговыхъ и нервныхъ болѣзней и отстаивающихъ воззрѣнія, господствовавшія на западѣ. Только, къ сожалѣнію, число такихъ людей очень невелико.

Первый преподаватель психіатріи въ Краковѣ былъ назначенъ только въ 1874 году Нейссеръ, который въ качествѣ доцента читалъ лекціи по 1880 г. Послѣ него, въ 1886 г. доцентомъ психіатріи былъ назначенъ Жулавскій, но такъ какъ предметъ этотъ былъ не обязательнымъ, то слушателей было немного и сама кафедра не приносила той пользы, какую могла-бы оказать при другихъ обстоятельствахъ.

Медицинскій факультетъ въ Варшавскомъ университетѣ былъ открытъ 1809 г. какъ самостоятельная медицинская академія, когда же Императоръ Николай I основалъ въ 1816 г. университетъ, то и медицинская академія въ слѣдующемъ году была присоединена къ нему, какъ медицинскій факультетъ.

Съ самаго начала своего существованія, академія и потомъ университетъ оказали оживленную научную дѣятельность и когда въ 1827 г. была назначена отдѣльная комиссія для указанія стараго или постройки новаго зданія для помѣщенія въ немъ 5 факультетовъ, то комиссія эта потребовала, чтобы при клиникѣ внутреннихъ болѣзней устроено было отдѣленіе для душевно больныхъ.

Для этой цѣли тогдашній министръ Станиславъ Сташицъ пожертвовалъ изъ своихъ средствъ 10000 польскихъ золотыхъ, но проектъ этотъ, къ сожалѣнію, не былъ исполненъ. Въ медицинской академіи, а потомъ и въ главной школѣ, Андрей



Яниковский читалъ между прочимъ и курсъ психіатріи. Въ 1862 г. профессоромъ адъюнктомъ психіатріи и психиатрической клиники былъ назначенъ Пленсковскій, который, послѣ преобразованія главной школы въ Императорскій университетъ, остался въ ономъ въ означенной должности по 1887 г. Избранный на мѣсто Пленсковскаго медицинскимъ факультетомъ профессоръ И. Р. Пастернацкій безвременно скончался, не вступивъ въ исполненіе своихъ обязанностей въ качествѣ профессора. Съ этого времени представителемъ психіатріи при Варшавскомъ Императорскомъ университетѣ состоитъ ординарный профессоръ Н. М. Поповъ.

Нельзя не замѣтить, что въ 1864 г. при Варшавскомъ обществѣ врачей образована была отдѣльная секція психіатріи, нейропатологій и судебной психіатріи. Существовала она однако только до 1871 г., послѣ чего дѣятельность секціи, по независимости отъ нея причиняемъ, прекратилась или, собственно говоря, слилась съ общими засѣданіями общества. Дѣятельность секціи была довольно оживленная и къ этому именно времени относится большее число лучшихъ работъ изъ области психіатріи.

Мы здѣсь перечислимъ болѣе выдающихся современныхъ дѣятелей польской національности, работавшихъ въ области психіатріи. Это будутъ: Станиславъ Хоментовскій, ординаторъ больницы Іоанна Божія и владѣлецъ частной лечебницы для душевно больныхъ,—Станиславъ Данилло, приватъ-доцентъ Военно-медицинской Академіи въ Петербургѣ,—Альфонсъ Эрлицкій, приватъ-доцентъ Военно-медицинской Академіи въ Петербургѣ,—Иванъ Павловичъ Мержеевскій, профессоръ Военно-медицинской Академіи въ Петербургѣ,—Ромуальдъ Пленсковскій, профессоръ Варшавскаго Университета,—Альбертъ Розенталь, врачъ больницы Іоанна Божія въ Варшавѣ,—Адольфъ Ивановичъ Роте,<sup>1)</sup> старшій докторъ больницы Іоанна Божія въ Варшавѣ,—Фаддей Жлобиковскій, ординаторъ больницы Младенца Іисуса и др.

<sup>1)</sup> Мы позволимъ себѣ здѣсь указать на печатные труды почтеннаго автора данной работы, А. И. Роте. Очеркъ исторіи психіатріи, *Tygodnik lekarski*, 1864. Прогрессивный параличъ, *Przeglad lekarski*, 1862. Описаніе больницы Св. Іоанна Божія въ г. Варшавѣ, *Gazeta lekarska*, 1868. Gheel—колонія для помѣшанныхъ. *Gazeta lekarska* 1869. О призрѣніи душевно больныхъ и устройство для нихъ заведеній, *Мемуары Варшавскаго Общества Врачей* 1869. О леченіи и призрѣніи душевно больныхъ въ прежнія и теперешнія времена. *Gazeta lekarska* 1871. *Melancholia activa*. Судебно-меди-

### Заключение.

Бросимъ разъ еще взглядъ на все наше изслѣдованіе научныхъ памятниковъ психіатріи въ Польшѣ и убѣдимся, что ни въ древности, ни въ средне-вѣковыя времена, ни даже въ новыя—психіатрія, какъ самостоятельная наука, не пользовалась всеобщю извѣстностью.

цинское мнѣніе. Jbidem, 1872. О вліяніи происшествіи 1870—1871 г. на психическое состояніе жителей Парижа. Medycyna 1873. Mania epileptica. Судебно-психіатрическое мнѣніе. Medycyna 1877. Король Леоп. Психологическое изслѣдованіе. Варшава 1874. Отчеты по врачебной дѣятельности въ Варшавскихъ заведеніяхъ для душевно больныхъ за 1867, 1868, 1869, 1870, 1871, 1872, 1873, 1874, 1875, 1876, 1877, 1878, 1879, 1880, 1881 и 1882 годы. Значеніе статистики въ заведеніяхъ. Цѣли и задачи практической психіатріи. Gazeta lekarska 1882. Паральдегидъ—новое снотворное средство. Jbidem 1884. Основанія психіатріи. Jbidem 1885. О самоубійствѣ. Gazeta sadowa. Алкогольное отравленіе или алкоголизмъ и его вліяніе на развитіе и распространеніе душевныхъ болѣзней. Gazeta lekarska 1882. Судебная психіатрія, Мемуары Варшавскаго Общества Врачей, 1868. Пережѣны, происшедшія въ первоначальныхъ планахъ центрального заведенія для душевно больныхъ. Jbidem 1869. Притворное помѣшательство. Jbidem 1869. Проектъ статистики душевно больныхъ въ губерніяхъ Царства Польскаго. Jbidem 1870. О законномъ прещеніи и вѣнѣемости. Jbidem, 1870. Кромѣ того нѣсколько болѣе обширныхъ сочиненій, а именно: Къ вопросу о практической психіатріи. По поводу 150 лѣтняго юбилея больницы Св. Іоанна Божія 1866. Мемуары Варшавскаго Общества Врачей. Psychopathologia forensis (судебная психіатрія) и ея примѣненіе къ законодательствамъ Галиціи и Царства Польскаго. Краковъ 1879. Психіатрія или наука о душевныхъ болѣзняхъ. Варшава 1885. (Изданіе Gazety lekarskiej). По русски: О призрѣніи умалишенныхъ и устройствѣ для нихъ заведеній. Варшава 1868. Нѣсколько словъ объ умалишенныхъ и заведеніяхъ для душевно больныхъ. Къ исторіи и статистикѣ душевно больныхъ въ Царствѣ Польскомъ. Злоупотребленіе спиртными напитками въ Царствѣ Польскомъ въ сравненіи съ другими странами. Отчетъ о движеніи душевно больныхъ въ больницѣ Св. Іоанна Божія въ Варшавѣ за лѣта 1883—1890. Вѣстникъ Психіатріи. По нѣмецки: Torquato Tasso, Eine psychiatrische Studie, Zeitsch. für Psych, 1878. Die russische Gesetzgebung in ihrer Beziehung zu den Geisteskrankheiten. Psych. Centralbl. Wien. Das epileptische Irresein—Kleiner Mittheilungen auf den Gebiete der Psychiatrie. Geschichte und Beschreibung der Warschauer Irrenanstalt des h. Johannes a deo, Allg. Zeitschrift. für Psychiatr. Jahresbericht über Aufnahme und Entlassung in der Warschauer Irrenanstalt. Jbidem. Projekt zur Errichtung einer neuen Irrenanstalt in Warschau. Vortrag in der psych. Section der 48 Versammlung deutscher Natur forserher und Aerzte 1875, Psych. Centralblatt. Referate über Arbeiten in russischer und polnischer sprache und der Psychiatrie in der Allg. Zeitschrift f. Psych.

Это не значитъ, что польша была такъ счастлива, что не имѣла своихъ помѣшанныхъ. Нѣтъ. Мы уже видѣли, что, еще до введенія христіанства, были извѣстны болѣзненные состоянія, принадлежащія къ ряду душевныхъ болѣзней, но ихъ не понимали и не признавали таковыми. Они безъ сомнѣнія существовали и при языческихъ жрецахъ и въ ихъ храмахъ искали помощи и исцѣленія.

Такъ стояло дѣло и послѣ введенія христіанской вѣры, при чемъ положеніе нашихъ больныхъ ни чуть не перемѣнилось. Теперь душевно больные остались на попеченіи христіанскаго духовенства, которое между прочимъ приняло на себя обязанность лечить больныхъ. Помѣшанные, причисленные къ нищимъ, на равнѣ съ послѣдними получали помощь. Если же въ дохристіанскія времена такіа болѣзненные явленія, которыя мы теперь причисляемъ къ психозамъ, были принимаемы за послѣдствіе воздѣйствія сверхъестественныхъ силъ и существъ, то новая вѣра дала имъ только другія названія, находящіяся въ соотвѣтствіи съ новой религіей. Развилось понятіе о могуществѣ и вліяніи сатаны на людей, а также понятіе о бѣсоватыхъ. Разъ укрѣпилось это понятіе, то всѣ одержимые этой начистой силой были переданы попеченію священниковъ, которые одни только имѣли силу побѣдить и изгнать дьявола. Поэтому то, по чисто религіознымъ причинамъ, помѣшанные должны были остаться на попеченіи священниковъ. Нужно однако прибавить, что, по конецъ XVI вѣка, большая часть врачей принадлежала къ духовному званію, хотя и число ихъ было очень мало. Принявъ это во вниманіе, насъ не удивитъ, что въ эти времена такъ мало слышно о помѣшательствахъ, но за то такъ много—о демонолятріи и демономаніи.

Въ XVI вѣкѣ науки вообще, а вмѣстѣ съ ними и медицина необыкновенно сильно развились; но не смотря на то, медицина въ монастырскихъ госпиталяхъ вела жалкое существованіе,—между тѣмъ суевѣріе и предрасудки принимали обширные размѣры. Не мало способствовалъ тому существующій въ медицинѣ мистицизмъ арабовъ, который вытѣснилъ болѣе раціональныя воззрѣнія Грековъ и Римлянъ. Послѣдствіемъ вѣрованій въ злыхъ и добрыхъ духовъ было развитіе отдѣльной науки, извѣстной подъ названіемъ бѣлой и черной магіи. Правда, она не преподавалась публично, но всетаки очень усердно ее изучали въ тайнѣ.

Эта извнѣ пришедшая наука имѣла своихъ послѣдователей, извѣстныхъ въ обществѣ подъ названіемъ колдуновъ,—такъ

какъ въ эти времена вообще достаточно было знать кое что или заниматься чѣмъ нибудь, чего не понимала невѣжественная толпа, чтобы слыть колдуномъ. Изъ бывшихъ „мудрыхъ женщинъ“ произошли теперь вѣдьмы. О послѣднихъ находимъ слѣды уже въ самыя отдаленныя времена,—объ обвиненіи же ихъ только въ XVI столѣтіи, при чемъ кульминаціонной точки преслѣдованія вѣдьмъ дошли въ XVII и въ началѣ XVIII столѣтій.

Однако, къ чести Польши, нужно замѣтить, что хотя и здѣсь преслѣдованіе вѣдьмъ поглотило много жертвъ, но число ихъ далеко не дошло такихъ размѣровъ, какъ на западѣ,—да и тѣ пали скорѣе на совѣсть свѣтскихъ судовъ, чѣмъ извѣстную духовную инквизицію. Въмѣстѣ съ преслѣдованіемъ вѣдьмъ возникло вполнѣ добровольно ученіе о почитаніи дьявола—демонолатрія и объ одержимыхъ злымъ духомъ—демоніанія, а также понятіе о превращеніи людей въ животныхъ—зоантропія, ликантропія и вампиризмъ. Этотъ предрасудокъ проникъ всюду, былъ принятъ, какъ нѣчто очень возможное до такой степени, что самые образованные люди того времени не были свободны отъ него.

Рѣдко очень встрѣчались люди, на столько свободномыслящіе и смѣлые, какъ Johnston и неизвѣстный авторъ „призванной вѣдьмы“, которые публично высказывали мнѣніе, что вѣра въ очарованіе, бѣсноватыхъ и т. д.—предрасудокъ, а бѣсноватые и вѣдьмы—обыкновенные люди, или больные.

Къ сожалѣнію это голоса были единичны и мало могли способствовать улучшенію судьбы помѣшанныхъ; тѣ, которые не были причислены къ бѣсноватымъ или вѣдьмамъ, были предоставлены своей судьбѣ и законъ только требовалъ, чтобы родные имѣли надъ ними попеченіе; если-же они не имѣли родныхъ, то передавались городу или гминѣ на попеченіе, или просто заключались въ тюрьму.

О настоящемъ прирѣніи душевно больныхъ и объ уходѣ за ними рѣчи не было до начала XVII столѣтія.

Первые слѣды леченія и прирѣнія умалишенныхъ относятся къ началу XVII столѣтія, т. е. къ появленію ордена Св. Іоанна Божія или Бонифратровъ.

Но и теперь это былъ просто родъ благотворительности и милосердія; государство-же совсѣмъ не обращало вниманія на помѣшанныхъ.

Большая заслуга Бонифратровъ состоитъ въ томъ, что въ своихъ пріютахъ для больныхъ они смотрѣли на умалишенныхъ, какъ на дѣйствительно больныхъ и хотя кое какъ ихъ лечили.

Каково было это леченіе и въ чемъ оно состояло—трудно что нибудь объ этомъ сказать, хорошо и то, что было хотя какое нибудь леченіе и этимъ путемъ все таки распространялось среди народа понятіе, что помѣшанные суть дѣйствительно больные.

Въ XVII вѣкѣ душевно больныхъ помѣщали въ небольшомъ количествѣ въ общихъ больницахъ, хотя вліяніе этого пріема на господствующія воззрѣнія было очень незначительно и вѣра во вліяніе нечистой силы процвѣтала, поглощая обильныя и печальныя жертвы; ибо, какъ мы это видѣли, дѣла противъ вѣдьмъ въ это именно время въ Польшѣ достигли наивысшаго своего развитія. Впрочемъ и это маленькое число несчастныхъ, которые были признаны дѣйствительно больными, вело незавидное существованіе. Если такіе больные были безвредны, то бродили, предоставленные самимъ себѣ, существуя подавнѣями, или заключались въ городскія или гминныя тюрьмы. гдѣ судьба ихъ конечно было горькая и безнадежная.

Такъ стояли дѣла до половины настоящаго столѣтія, до 1832 года, когда призрѣніе нищихъ и больныхъ, а слѣдовательно и помѣшанныхъ, перешло въ руки правительства и государства и устроено согласно извѣстнымъ законамъ и предписаніямъ.

Съ этого времени для душевно больныхъ много сдѣлано; обращено было вниманіе на то, чтобы доставить этимъ больнымъ все, что нужно для ихъ излеченія или по крайней мѣрѣ человеческого призрѣнія, такъ какъ при этомъ заботились не только о томъ, чтобы помѣшаннаго сдѣлать безвреднымъ, но и о томъ чтобы возвратить ему здоровье, насколько это возможно.

Теперь еще существуетъ тотъ печальный недостатокъ, что число мѣстъ для призрѣнія больныхъ слишкомъ ограничено, что, къ сожалѣнію, вѣроятно долго еще не будетъ устраниено.

Понятія о душевныхъ больныхъ въ Польшѣ переходили чрезъ всѣ тѣ фазисы и по тому-же пути, какъ и на западѣ Европы.

Въ самыя отдаленныя времена господствовали злые и добрые духи, переименованные потомъ демонами,—съ ними пришелъ въ тѣсную связь сатана и сопряженная съ нимъ вѣра въ діавола, изъ которой возникли предразсудки объ очарованіи,

а вѣстѣ съ этихъ запылали костры, которые по словамъ Ла-фонтена пылали и горѣли живымъ пламенемъ, которое не распространяло однако яснаго свѣта на дѣло страдальцевъ, а напротивъ затемняло его дымомъ и срадомъ, тормозя и препятствуя возникновенію истиннаго просвѣщенія и науки. Религіозныя воззрѣнія этихъ временъ господствовали самодержавно и тормозили развитіе раціональныхъ понятій о происхожденіи и значеніи помѣшательства до такой степени, что послѣднія могли возникнуть гораздо позже.

Если существуетъ какое нибудь болѣе серіозное различіе между развитіемъ психіатріи въ Польшѣ и на западѣ, то развѣ въ томъ, что преслѣдованіе вѣдѣмъ возникло въ Польшѣ гораздо позже, и что не такъ многочисленно пылали яркіе костры, поджигаемые чаще рукою свѣтской, чѣмъ духовной справедливости.

Но съ другой стороны и раціональное призрѣніе душевно больныхъ въ Польшѣ также позже появилось, хотя уже въ концѣ предъидущаго вѣка Пэржина Бонифраторъ высказывалъ тѣ же взгляды, что и Пинель во Франціи.

На основаніи всего вышесказаннаго, развитіе психіатріи въ Польшѣ можно раздѣлить на три періода.

1) Первый періодъ обнимаетъ самыя отдаленныя времена до конца XVI столѣтія; о надлежащемъ призрѣніи или леченіи душевно больныхъ не упоминается; впрочемъ въ это время и больныхъ встрѣчаемъ немного; на нихъ не обращали вниманія, но и не преслѣдовали.

2) Второй періодъ начинается съ начала XVII столѣтія, съ появленіемъ ордена Св. Іоанна Божія, въ госпиталяхъ котораго, помѣшанные нашли пріютъ, какъ дѣйствительно больные. Періодъ этотъ продолжается до 1832 года. Къ сожалѣнію, хотя и по ошибочнымъ воззрѣніямъ въ это время помѣшанные подвергаются преслѣдованію, такъ какъ мы видѣли не мало вѣдѣмъ, приговоренными къ костру, принадлежащихъ къ числу душевно больныхъ безъ сомнѣнія.

3) Третій періодъ начался 1832 г., когда призрѣніе больныхъ и помѣшанныхъ перешло изъ рукъ духовенства и частной благотворительности въ руки правительства. Періодъ этотъ продолжается до послѣдняго времени.

---

## Объ алкогольныхъ параличахъ.

В. Н. Тусновъ.

Алкогольные параличи выдѣлены въ особую группу только въ сравнительно недавнее время, благодаря тому обстоятельству, что ученіе о токсическихъ параличахъ только въ недавнее время достигло такой высоты, что можно было составить общій типъ параличей отъ интоксикацій; алкогольные же параличи представляютъ такую группировку симптомовъ, которая ни къ чему болѣе не подходитъ, какъ только къ токсическимъ параличамъ,

Первое довольно подробное описаніе симптомовъ этой болѣзни относится къ 1852 году, когда появилось сочиненіе Стокгольмскаго профессора Magnus'a Huss'a — „Alcoholismus chronicus“. — Въ этой работѣ особенно подробно и рельефно описываются нервныя разстройства, встрѣчаемыя при *paralysis alcoholica*, затѣмъ результаты вскрытій и наконецъ опыты надъ собаками, и на основаніи всего этого авторъ приходитъ къ такому заключенію, что алкогольный параличъ есть интоксикационная болѣзнь, такъ какъ явленія при ней и измѣненія сходны съ тѣми, которыя находилъ онъ и при другихъ отравленіяхъ — фосфоромъ, свинцомъ, мышьякомъ и др. Но въ то же время этотъ изслѣдователь держался того взгляда, что хроническій алкоголизмъ есть только болѣзнь нервной системы.

Затѣмъ въ 1865 году появилась статья Руанскаго профессора — *Lancereaux* — „Alcogolisme“, въ которой онъ приводитъ 2 случая и разбираетъ подробно клиническія явленія и анатомическія измѣненія при этой формѣ и въ заключеніи приходитъ къ такому выводу, что алкогольный параличъ имѣетъ спинно-мозговое происхожденіе, хотя обращаетъ вниманіе и на измѣненія въ периферическихъ нервахъ, находимыя при этой формѣ. Затѣмъ въ томъ-же году, появилось въ „*Gazette hebdomadaire*“ статья того же Лансеро, въ которой говорится и объ измѣненіяхъ, находимыхъ и во внутреннихъ органахъ,

Въ 1867 году въ *Arch. génér. de medecine* появилась статья *Leudet*, въ которой приводятся 3 наблюденія, причемъ

особенно подробно разбираются гиперальгезическія формы. Этотъ авторъ сомнѣвается въ происхожденіи алкогольнаго паралича отъ пораженія периферическихъ нервовъ, а сводитъ все дѣло на пораженіе спинного мозга. Въ 1881 году снова появились наблюденія Лансеро (*Gazette hebdom.—„Des paralyties alcooliques“*), въ которыхъ особенно подробно излагаются симптомы алкогольнаго паралича и ихъ своеобразный характеръ—симметричность параличей, ихъ восходящее теченіе съ нижнихъ конечностей, болѣе сильное пораженіе нижнихъ конечностей, большее пораженіе экстензоровъ, чѣмъ флексоровъ, пониженіе, и иногда даже и отсутствіе электросократительности, *anaesthesia dolorosa*, вазомоторныя расстройства въ нижнихъ конечностяхъ, выражающіяся краснотой, потливостью и отеками, атрофическія измѣненія въ тѣхъ же нижнихъ конечностяхъ, гастрическія въ видѣ упорныхъ рвотъ и наконецъ душевныя расстройства.

На основаніи своихъ изслѣдованій, онъ признаетъ нервно-периферическое происхожденіе и говоритъ, что алкогольный параличъ ни чѣмъ не отличается отъ другихъ интоксикационныхъ параличей.

Затѣмъ Myrtle въ „*Britisch medical journal*“ въ 1882 г., Dreschfeld въ „*Brain*“ въ 1884 и нѣкоторые другіе приводятъ свои изслѣдованія, но ничего новаго не представляютъ къ той разработкѣ вопроса, которая была до нихъ; они, какъ и Лансеро, признаютъ, что анатомическимъ субстратомъ алкогольнаго паралича является периферическій невритъ съ прогрессивнымъ теченіемъ.

Въ 1883 году въ „*Arch. f. Psych.*“—описаны 2 случая паралича Müller'омъ и Strümpell'емъ, при чемъ высказано было мнѣніе также за периферическое нервное происхожденіе паралича.

Въ 1885 году W. Oettinger издалъ довольно обстоятельную монографію, изъ которой видно довольно подробное описаніе симптомовъ. указаніе на литературу вопроса, здѣсь-же приводится вскрытіе, подтверждающее, что *paralysis alcoholica* зависитъ отъ *neuritis parenchimatosa multiplex* съ послѣдовательнымъ жировымъ перерожденіемъ мышцъ. Въ томъ-же году появились еще работа R. Schulz'a (въ *Neurolog. Centralblatt*), изъ которой видно, что авторъ пришелъ къ нѣсколько иному выводу, чѣмъ Oettinger. Онъ говоритъ, что алкогольные невриты болѣе, чѣмъ какіе либо другіе, наводятъ на мысль, что быть можетъ невритъ не есть первичная бо-



лѣзнь периферическихъ нервовъ, но есть болѣзнь центровъ спинного мозга, но что мы пока не имѣемъ средствъ найти эти измѣненія. Это мнѣніе основывается во 1-хъ на томъ, что при этой формѣ наблюдаются психическія разстройства, во 2-хъ на томъ, что алкоголь на нервныя центры оказываетъ сильное вліяніе вообще.

Вотъ выдающіяся болѣе или менѣе работы иностранныхъ авторовъ по этому вопросу.

Что касается русскихъ изслѣдователей, то первая обстоятельная работа принадлежитъ С. С. Корсакову (диссертация 1887 года. Объ алкогольномъ параличѣ); изъ его работы видно, что алкогольный параличъ, развиваясь на почвѣ хроническаго алкоголизма, имѣетъ въ основѣ своей разстройство питанія въ различныхъ отдѣлахъ нервной системы, причемъ въ периферическомъ отдѣлѣ нервной системы это разстройство выражается въ формѣ первичнаго дегенеративнаго неврита.—Кромѣ этихъ 20 случаевъ описаны еще Филиппомъ изъ клиники Лашкевича въ Харьковѣ въ 1887 году въ Русской Медицинѣ. Въ 1889 году на III-мъ Пироговскомъ съѣздѣ Эрлицкій сообщилъ одинъ случай, въ которомъ найдено дегенеративное измѣненіе въ клѣткахъ переднихъ роговъ и такое же перерожденіе въ переднихъ корешкахъ. Наконецъ въ 1891 году въ Вѣстникѣ Психіатріи приведены 5 случаевъ *paralysis alcoholicae* съ летальнымъ исходомъ, причемъ профессоръ Кожевниковъ, на основаніи вскрытія и микроскопическаго изслѣдованія, приходитъ къ такому заключенію, что первичнымъ пораженіемъ являются периферическіе нервы съ послѣдующимъ жировымъ перерожденіемъ мышцъ, что-же касается измѣненій въ мозгу, то они незначительны, а въ одномъ случаѣ даже совсѣмъ отсутствуютъ.

Еще ранѣе на IV-мъ Пироговскомъ съѣздѣ, проф Кожевниковъ сдѣлалъ сообщеніе объ алкоголическихъ параличахъ и пришелъ къ такому же выводу.—Наиболѣе глубоки измѣненія въ периферическихъ нервахъ, причемъ здѣсь они постоянны и выражаются какъ *neuritis multiplex*.

Измѣненія въ спинномъ мозгу встрѣчаются не всегда; характеръ измѣненія можетъ быть какъ паренхиматозный, такъ и интерстиціальныи.

Измѣненія, встрѣчаемыя въ головномъ мозгу, въ коркѣ такія-же какъ и при хроническомъ алкоголизмѣ.

Анатомическимъ субстратомъ служитъ *neuritis multiplex*. На основаніи всѣхъ выше изложенныхъ работъ надо придти

\*

къ такому заключенію, что анатомическимъ субстратомъ *ragalysis alcoholicae* является первичный множественный невритъ, который константированъ во всѣхъ случаяхъ, но что на ряду съ этимъ могутъ встрѣчаться и измѣненія въ головномъ и спинномъ мозгу. Конечно окончательное заключеніе по этому вопросу дѣло времени.

Чтоже касается этиологіи даннаго заболѣванія, то, какъ показываетъ самое названіе, главною причиною является хроническое отравленіе алкоголемъ. Но при этомъ не маловажное значеніе имѣетъ и наслѣдственность, такъ какъ уже *a priori* можно утверждать, что люди съ неустойчивой нервной системой, которую они унаслѣдовали отъ предковъ, скорѣе заболѣютъ параличемъ, чѣмъ люди крѣпкіе и съ нерасшатанной нервной системой.—Но здѣсь является вопросъ, чѣмъ-же объяснить то обстоятельство, что у насъ въ Россіи алкогольные параличи составляютъ все таки рѣдкость, сравнительно, конечно, съ появленіемъ ихъ за границей? Вѣдь, если мы отстаемъ отъ нашихъ западныхъ сосѣдей въ чемъ либо, такъ по части истребленія спиртныхъ напитковъ этого сказать нельзя. Въ этомъ отношеніи нашъ народъ, если только можно такъ выразиться, *peccatini secundus*. Нельзя также объяснить это явленіе и тѣмъ обстоятельствомъ, что русскій народъ имѣетъ иммунитетъ къ алкогольному яду; гораздо вѣрнѣе искать причину въ разницѣ, которая существуетъ между составомъ и свойствами спиртныхъ напитковъ у насъ и за границей. На это обстоятельство и указываютъ нѣкоторые авторы, напримѣръ Oettinger, Лашкевичъ и пр.; по ихъ мнѣнію важное значеніе въ этомъ отношеніи надо приписать метиловому и амиловому спиртамъ, составляющимъ главную примѣсь спиртныхъ напитковъ, употребляемыхъ за границей.

У Лансеро имѣются 2 наблюденія, которыя подтверждаютъ это; дѣло касается 2-хъ женщинъ, причемъ одна заболѣла параличемъ оттого, что проводила все время въ лавкѣ, въ которой продавался лакъ, растворенный въ спиртѣ древесномъ, вслѣдствіе чего атмосфера лавки была пропитана его испареніемъ; другая же заболѣла параличемъ, потому что постоянно въ теченіе 6 лѣтъ находилась въ своей лавкѣ, въ которой продавался лакъ;—причина амиловый спиртъ.

Подобное же явленіе мы имѣемъ въ абсентизмѣ, особенно распространенномъ во Франціи (абсентъ—настойка *artemisiae absinthium*, у насъ же настойка полыни не въ ходу). Далѣе

опыты Dujard. Beaumetz'a и Auaige <sup>1)</sup> подтверждаютъ это; по опытамъ этихъ изслѣдователей отравляющая доза для алкоголей на килограмъ вѣса животнаго такая: для этиловаго 8,0 грм.; бутиловаго—2,0; Метиловаго—7,0, Амиловаго—1,7, Пропиловаго—2,9.

По опытамъ тѣхъ же изслѣдователей, самая ядовитая изъ водокъ та, которая получается изъ картофеля, такъ какъ содержитъ много амиловаго спирта.

Затѣмъ немаловажную роль при появленіи алкогольныхъ параличей играютъ условія жизни: заботы, усиленный трудъ при плохомъ питаніи и бѣдной обстановкѣ и наконецъ случайно присоединяющееся какое либо дурное вліяніе, въ родѣ простуды, травмы сильнаго душевнаго волненія и проч.

У насъ въ Россіи замѣчено, что большинство больныхъ такого рода принадлежатъ къ зажиточному классу.

Но при этомъ надо замѣтить, что алкогольный параличъ никогда не появляется сразу, ему всегда предшествуетъ продромальный періодъ, который заключается въ томъ, что лицо, злоупотреблявшее алкогольными напитками, обыкновенно задолго до появленія паралича, иногда за нѣсколько лѣтъ, замѣчаетъ трясеніе въ рукахъ по утрамъ, въ началѣ очень короткое время; къ этому потомъ начинаютъ присоединяться легкія рвоты по утрамъ, слабость въ членахъ и дурное расположеніе духа, но все это послѣ нѣсколькихъ рюмокъ водки обыкновенно скоро проходитъ, такъ что больной можетъ заниматься своими обычными работами; но съ теченіемъ времени эти симптомы начинаютъ усиливаться, какъ въ степени, такъ и продолжительности, къ этому присоединяется чувство ползанія мурашекъ въ ногахъ по утрамъ или при засыпаніи, судороги и боли въ икрахъ, бессонница, чувство безъотчетнаго страха и галлюцинаціи—больной становится равнодушнымъ ко всему окружающему, нравственный уровень часто падаетъ; если къ этому добавить прогрессирующую слабость нижнихъ конечностей, то положеніе больного становится тяжелымъ и жалкимъ. Наконецъ какое нибудь присоединится заболѣваніе, простуда или даже сильное душевное волненіе, и картина паралича выясняется рѣзко.

---

<sup>1)</sup> Recherches experimentales sur la puissance toxique des alcools. 1879 г.

Клинически картина алкогольнаго паралича выражается слѣдующими характерными признаками:

1. Параличи симметричны, при этомъ въ нижнихъ конечностяхъ они выражены съ особенной силой, въ верхнихъ слабѣе, въ туловищѣ отсутствуютъ; пораженіе тазовыхъ органовъ рѣдко.

2. Части наиболѣе удаленныя отъ центра поражены сильнѣе, при этомъ экстензоры поражены сильнѣе флексоровъ.

3. Полный параличъ только въ нѣкоторыхъ мышцахъ, въ остальныхъ же парезъ.

4. Мышцы худѣютъ и атрофируются еще до паралича, при чемъ электросократительность иногда исчезаетъ и является реакція перерожденія.

5. Появляются гипералгезія кожи и мышцъ, а такъ же и самостоятельныя боли.

6. Анестезія болѣе выражена въ болѣе отдаленныхъ отъ центра мѣстахъ, характерно ослабленіе чувства температуры и чувствительность къ индуктивному току.

7. Пателлярные рефлексy исчезаютъ, кожные же иногда остаются долго.

8. Появляются пораженія сосудо-двигательной сферы — отеки, потливость и проч.

9. Иногда наблюдаются контрактуры, рвоты, измѣненія пульса, качества и количества мочи.

10. Разстройства психической сферы постоянны и выражаются въ раздражительной слабости, галлюцинаторной спутанности и даже въ формѣ слабоумія.

### Наблюденіе 1-е.

Больной крестьянинъ Н., 39 лѣтъ, изъ Тамбовскаго уѣзда, прикащикъ. Поступилъ 28-го марта 1891 года съ явленіями паралича въ нижнихъ конечностяхъ и съ жалобами на сильныя боли въ мускулахъ голени и стопъ. При изслѣдованіи оказалось, что больной средняго роста и тѣлосложенія, лицо одутловато, покровы наружныя и видимыя слизистыя оболочки блѣдны и слегка ціанотичны, толчекъ сердца въ 5-мъ межреберномъ промежуткѣ, при ощупываніи оказывается очень слабымъ, границы сердца расширены вправо, тоны глухи, но правильны.

Тоны легкихъ нормальны, при аускультациі слышатся кое гдѣ разбросанныя *ronchi sonores et sibillantes*. Границы печени и селезенки нормальны. При пальпациі область живота безболѣзненна; языкъ обложенъ сѣроватымъ вязкимъ налетомъ, въ зѣвѣ краснота слизистой оболочки съ характеромъ венознаго застоя. — Реакція глазъ какъ первичная, такъ и вторичная сохранена. При изслѣдо-

ваніи нижнихъ конечностей замѣчается рѣзкое похуданіе мышцъ голени съ атрофіей мускуловъ и подкожной клетчатки, прикосновеніе къ кожѣ голени и стопы — болѣзненно, равно какъ и въ *plantae pedis* около большого пальца и мизинца. — Бедрa и верхнія конечности къ давленію не чувствительны, сгибаніе въ коленномъ суставѣ совершается медленно, разгибаніе же безъ посторонней помощи почти невозможно; тоже, но въ меньшей степени, замѣчается и на верхнихъ конечностяхъ; тактильная и болевая чувствительность значительно ослаблена въ нижнихъ конечностяхъ и менѣе въ верхнихъ, причѣмъ въ стопѣ и въ кистяхъ рукъ она болѣе выражена, чѣмъ въ голенихъ и предплечіяхъ, — въ бедрахъ и плечахъ замѣчается незначительное пониженіе чувствительности; чувство пространства, т—ры также понижено, сухожильные рефлексъ отсутствуютъ, кожные же только понижены; кромѣ болѣе при пальпаціи голенихъ и стопъ бывають самостоятельными и довольно сильными боли въ икрахъ, по временамъ бывають боли въ предплечіяхъ, но не сильны и носятъ характеръ ломящихся.

При фарадизаціи оказывается, что чувствительность къ току понижена болѣе на правой половинѣ тѣла, причѣмъ чувствительность въ стопахъ почти отсутствуетъ, чувствительность въ голенихъ болѣе, а въ бедрахъ слабо нарушена, — при фарадизаціи же верхнихъ конечностей оказывается, что радіальная сторона болѣе чувствительная къ току, чѣмъ ульнарная; въ общемъ же существуетъ пониженіе чувствительности.

Ходить можетъ только съ посторонней помощью, или съ помощью 2-хъ костылей, да и то очень не долго, такъ какъ ему очень трудно переступать и стопы при этомъ отвисають. Самочувствіе подавленное.

Что же касается анамнеза, то по словамъ больного, онъ пьетъ очень давно, болѣе 20-ти лѣтъ, при этомъ за послѣдніе года пилъ сильно, часто бывалъ пьянъ; въ послѣдніе-же года, имъ замѣчено, что стало мучаться трясеніе въ рукахъ, которое утромъ было замѣтнѣе и проходило послѣ 1—2-хъ стаканчиковъ водки; также замѣчены рвота по утрамъ и постепенное ослабленіе движенія въ верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ. Въ этомъ году замѣчено чувство ползанія мурашекъ въ конечностяхъ и онѣмѣніе въ стопахъ и въ пальцахъ рукъ. Въ февралѣ, послѣ большой выпивки, больному пришлось долго пробыть на морозѣ, послѣ чего онъ замѣтилъ, что „ноги отянулись“ и боли въ нихъ значительно усилились. Въ такомъ положеніи онъ еще пытался при помощи палки ходить, хотя это ему удавалось съ большимъ трудомъ, но въ мартѣ уже онъ не могъ совсѣмъ ходить и долженъ былъ бросить службу, а къ концѣ марта поступилъ на излеченіе. Въ первое время ему были назначены салициловые препараты и теплые ванны въ 28°. Кромѣ того Antifebrin по 5 гр.—2 порошка на день.

Боли не много утихли, въ остальномъ перемѣнъ не замѣчалось. Съ 31-го марта приступилъ я къ инъекціи *Strychnin. nitr.* по  $\frac{1}{100}$  гр. черезъ день.

2-го апрѣля больной менѣе жаловался на чувство мурашекъ. Ему сдѣлана инъекція  $\frac{1}{100}$  гр.—*Strychn.*

5-го больной замѣтилъ, что движеніе ногъ стало немного свободнѣе.

6-го стали дѣлать фарадизацію конечностей, которая продолжалась ежедневно. Порошки оставлены 3-го.

7-го Зудъ въ конечностяхъ значительно ослабѣлъ, боли стали меньше. Больной сталъ приподниматься съ кровати безъ посторонней помощи.

11-го Движеніе ногъ стало свободнѣе, онѣмѣніе меньше, зуда почти нѣтъ, равно какъ и болей.

14-го Движеніе ногъ почти совсѣмъ свободно, чувствуетъ тяжесть въ икрахъ. Лѣченіе тоже: стрихнинъ подъ кожу  $\frac{1}{2}$  гр.

19-го Самочувствіе хорошее, можетъ ходить съ палкой и мало утомляется, онѣмѣніе мало беспокоитъ больного, объемъ конечностей немного увеличился. По временамъ есть боли, назначена Liniment Volatil. ℞ijj.

Chlorophorm. ℞j.

D. s. Для растиранія конечностей.

20-го Сталъ ходить безъ палки,—но скоро утомляется. Strychn. у  $\frac{1}{2}$ .

26-го Встаетъ самъ безъ посторонней помощи, ходитъ безъ палки и мало утомляется, болей и зуда нѣтъ. Самочувствіе хорошее. Больной оставилъ лѣченіе и занялся прежней службой.

## Наблюденіе 2-е.

Больной П., чиновникъ 25 лѣтъ, холостой, высокаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія; костная и мышечная система развиты хорошо, такъ-же и подкожная жировая клѣтчатка; наружные покровы тѣла, равно какъ и видимыя слизистыя оболочки, блѣдноваты съ ціанотическимъ оттѣнкомъ. Лицо одутловатое. Въ полости рта и зѣва явленія хроническаго катаральнаго состоянія, языкъ обложенъ вязкою сѣровато-бѣловатою слизью; толчекъ сердца, въ 5 межреберномъ промежуткѣ, средней силы, пульсъ—96 слабый; животъ умѣренно вздутъ и тимпаниченъ, печень прощупывается съ трудомъ по причинѣ сильнаго развитія жировой клѣтчатки и вздутія живота, селезенка не прощупывается, давленіе по средней линіи живота вызываетъ небольшую болѣзненность только въ подложечной области, въ остальныхъ же частяхъ живота болѣзненности не замѣчается. Голені и стопы представляютъ рѣзкій контрастъ съ развитіемъ мускулатуры и подкожной жировой клѣтчатки въ остальныхъ частяхъ тѣла—онѣ представляются замѣтно похудѣвшими, мышцы дряблыми и атрофированными, равно какъ атрофирована и подкожная жировая клѣтчатка; прикосновеніе къ голенимъ и стопамъ, а особенно давленіе на нихъ, сильно болѣзненно, такъ что больной кричитъ; давленіе выше голени и въ остальныхъ частяхъ поверхности тѣла безболѣзненно.

Положеніе больного лежачее или сидячее, стоять совсѣмъ не можетъ, такъ какъ при этомъ чувствуетъ сильную боль въ голенихъ и стопахъ съ одной стороны, съ другой же стороны вследствие сильной слабости конечностей, ноги подкашиваются въ колѣнахъ. Сгибать въ колѣнномъ суставѣ ноги можетъ, хотя и съ трудомъ, разгибаетъ-же ихъ при помощи рукъ или съ посторонней помощью; рефлексы сухожильные отсутствуютъ; если больной лежитъ, то вла-

дети ноги на мягкія подушки, такъ какъ при подобномъ положеніи боли уменьшаются.

Что касается перкуторныхъ и аускультативныхъ данныхъ, то тоны легкихъ нормальны, тупость сердца начинается съ 3-го ребра и доходитъ до 5-го; вправо тупость доходитъ до стеральной, влѣво до мамиллярной линіи, тоны сердца ясны съ металлическимъ отгѣнкомъ; на arteria pulmonalis слышна акцентуація 2 тона, дыхательные шумы нормальны, печень увеличена, на средней линіи выходитъ пальца на  $2\frac{1}{2}$  изъ-за края ложныхъ реберъ, а на мамиллярной линіи пальца на  $\frac{1}{2}$ —2, при перкуссии болѣзненна; границы селезенки нормальны.

Ощупываніе позвоночника, равно какъ проведеніе по нему теплою и холодной губкой безболѣзненны; сгибаніе въ локтевомъ и плечевомъ суставахъ, равно какъ и въ пальцахъ руки, свободно, разгибаніе же совершается медленнѣе и съ большимъ трудомъ. Реакція глазъ какъ первичная, такъ и вторичная сохранены, но совершаются немного вяло. Больной скоро утомляется—читать долго не можетъ: строчки и буквы сливаются.

Кромѣ вышеуказаннаго въ двигательной сферѣ, надо еще отмѣтить, что больной по временамъ чувствуетъ легкія подергиванія въ мышцахъ голени. Тактильная чувствительность на голенихъ и стопахъ понижена, болевая также—пациентъ только тогда чувствуетъ боли, когда обыкновенная игла при уколахъ уходитъ до  $\frac{1}{2}$  своей величины; чувство температуры также понижено; t-га въ  $35^{\circ}$  въ стопахъ не ощущается, въ остальныхъ же мѣстахъ ощущается, въ лѣвой голени—слабо, t-га въ  $40^{\circ}$  въ стопахъ ощущается очень слабо, въ остальныхъ частяхъ лучше; t-га въ  $30^{\circ}$  лѣвой голенью не ощущается, правой слабо; t-га въ  $25^{\circ}$  не различается лѣвой стопой, разница въ  $20^{\circ}$  не различается и правой, хотя голени такую разницу температуръ и различаютъ, причѣмъ лѣвая хуже; разница въ  $15^{\circ}$  не различается лѣвой голенью, и разница въ  $10^{\circ}$  не различается и правой; разницу въ  $5^{\circ}$  бедра хорошо различаютъ и разницу въ  $3^{\circ}$  уже различаютъ съ трудомъ, и разницу въ  $2^{\circ}$  и совсѣмъ не различаютъ; руки различаютъ разницу температуръ въ  $1^{\circ}$ .

Чувство мѣста сохранено, чувство-же пространства, изслѣдованное при помощи циркуля Вебера, дало слѣдующіе результаты:

## Правая половина тѣла.

## Лѣвая.

Въ продольномъ направленіи.	Въ поперечномъ направленіи.	Въ продольномъ направленіи.	Въ попереч. направленіи.
Подошва 2,3 сантим. .	2,0 . . . . .	отсутствуетъ	4,0
Большой палецъ ноги 2,5	1,5 . . . . .	3,5	3,5
Тылъ стопы . . . . .	2,1 . . . . .	4,2	3,0
Голень . . . . .	2,6 . . . . .	4,5	3,0
Бедро . . . . .	2,7 . . . . .	3,7	3,6
Пальцы рукъ . . . . .	0,2 . . . . .	0,2	0,1
Ладонь . . . . .	0,2 . . . . .	0,1	0,15
Тылъ руки . . . . .	0,1 . . . . .	0,1	0,15

Такимъ образомъ чувство пространства болѣе ослаблено на лѣвой нижней и правой верхней конечностяхъ.

Сила рукъ, изслѣдованная при помощи ручнаго динамометра, дала слѣдующіе результаты:

Правая рука=20 килограм., лѣвая=10. Такимъ образомъ и сила рукъ значительно ослаблена, особенно лѣвой.

Кожные рефлексы понижены. Настроеніе духа больного угнетенное, по вечерамъ особенно чувствуетъ себя плохо, вслѣдствіе безотчетно появляющагося страха, и говоритъ, что по временамъ ему мерещится всякая чертовщина; сонъ тревожный; часто просыпается ночью; вниманіе къ окружающей обстановкѣ понижено — ничѣмъ почти не интересуется, сообразно съ этимъ и способность воспріятія внѣшнихъ впечатлѣній ослаблена, проводимость ихъ также; вслѣдствіе замкнутости больного, образованіе представленій и количество ихъ замѣтно уменьшено; ходъ представленій правильный, но происходитъ вяло, ассоціація ихъ также правильна; способность запоминанія ослаблена, легко забываетъ недавно прочитанное, — тогда какъ все случившееся до болѣзни и даже почти все, что происходило во время болѣзни, припоминаетъ легко. Рѣчь больного вялая, разговариваетъ не особенно охотно, письмо неразборчивое, зигзагообразное — происходитъ отъ того, что руки при этомъ начинаютъ сильно дрожать; занимается въ настоящее время только чтеніемъ, но при этомъ скоро утомляется; къ окружающимъ относится сдержанно, но подозрительно, — мало съ ними разговариваетъ, въ разговорахъ часто волнуется, но послѣ того скоро наступаетъ апатія ко всему, и больной уходитъ въ себя. Аппетитъ больного плохъ, отравленіе желудочно-кишечнаго канала правильно, количество мочи уменьшено, она съ красноватымъ осадкомъ, бѣлка нѣтъ.

Отецъ больного умеръ въ преклонномъ возрастѣ отъ астмы, водку пилъ, но не злоупотреблялъ, — мать женщина слабо-нервная, также пьетъ водку, но не сильно, — двое дѣтей по мужской линіи сильно злоупотребляютъ алкоголемъ, — тетка по женской линіи отличается горячностью, вспыльчивостію и эксцентричностью, другая тетка умерла въ молодомъ возрастѣ отъ туберкулеза легкихъ; братъ больного пьетъ по временамъ; самъ больной происходитъ изъ достаточной семьи, жилъ почти всегда въ болѣе или менѣе хорошей обстановкѣ, началъ пить лѣтъ 10 тому назадъ, причѣмъ въ началѣ пилъ только по временамъ и въ компаніи — могъ выпить при этомъ очень много. Съ 1887 года сталъ пить часто и въ тѣхъ случаяхъ, когда недоставало компаніи, сталъ пить одинъ; съ 1888 года сталъ пить ежедневно, въ среднемъ не менѣе 2 — 3 бутылки въ день, такъ продолжался до лѣта, когда послѣ сильной выпивки съ нимъ случился приступъ удушья, тогда онъ сталъ пить меньше, но черезъ мѣсяцъ приступъ повторился, послѣ чего онъ почти совсѣмъ оставилъ пить и не пилъ около полугода; уже съ 1888 года больной сталъ замѣчать, что у него по утрамъ стала появляться рвота, къ этому вскорѣ присоединилось дрожаніе и нехорошее расположеніе духа, но все это послѣ нѣсколькихъ рюмокъ водки проходило и больной до слѣдующаго утра чувствовалъ себя хорошо и могъ заниматься своими дѣлами; послѣ того какъ больной пересталъ пить, рвота, а вмѣстѣ съ тѣмъ и дрожаніе и остальные тягостные для больного симптомы стали появляться рѣже и наконецъ совсѣмъ прекратились.



Но съ 1889 года больной опять сталъ злоупотреблять спиртными напитками, походка замѣтно стала шаткою и всѣ вышеуказанные симптомы мало-по-малу стали возобновляться съ прежнею силой. Съ 1891 пилъ больше одинъ ежедневно, причемъ начиналъ пить съ утра; такъ продолжалось до іюня, когда рвоты стали учащаться и наконецъ стали появляться послѣ всякаго приѣма пищи и послѣ питья холодной воды, которую онъ въ этотъ періодъ пилъ въ большомъ количествѣ, такъ какъ чувствовалъ сильный внутренній жаръ— „горѣло внутри ужъ очень сильно“.—Для прекращенія этого жара онъ кромѣ того сталъ прибѣгать и къ обливанію колодезной водой—но все это помогало очень мало; тогда онъ обратился за врачебной помощью. Послѣ лѣченія рвота утихла—продолжалась же она около 2-хъ недѣль; но съ прекращеніемъ рвоты остальные симптомы не прекращались, наоборотъ, онъ замѣтилъ, что въ ногахъ появилась слабость, такъ что онъ скоро утомлялся и долженъ былъ часто отдыхать при ходьбѣ. Въ іюлѣ слабость стала прогрессировать, такъ что онъ сталъ ходить, придерживаясь или за стѣну, или за посторонніе предметы, но потомъ слабость еще болѣе увеличилась, и онъ могъ ходить только съ посторонней помощью, вмѣстѣ съ этимъ появились и сильныя боли въ конечностяхъ (въ голенихъ и стопахъ) характера ломящаго, боли постоянныя. Наконецъ разгибаніе стало настолько затруднительно, что больной окончательно слегъ въ постель въ началѣ августа. За послѣдній-же годъ стали появляться довольно часто и приступы удушья, но при этомъ сила ихъ стала значительно меньше, чѣмъ въ первый разъ. Съ мая мѣсяца стало замѣтно измѣняться и настроеніе духа къ худшему, причемъ съ іюня появился безотчетный страхъ, и угнетенное состояніе духа еще болѣе усилилось.

Изъ прежнихъ заболѣваній можно только отмѣтить брюшную форму тифа, которую онъ перенесъ лѣтъ 12-ть тому назадъ.

До настоящаго заболѣванія пациентъ былъ веселаго нрава, любилъ общество, отличался любознательностью и дѣловитостью; какъ человѣкъ очень интеллигентный, онъ любилъ заниматься чтеніемъ довольно серьезныхъ книгъ, но съ того времени какъ сталъ сильно злоупотреблять спиртными напитками онъ сдѣлался раздражительнымъ, пересталъ интересоваться всѣмъ, что прежде для него было такъ интересно, бросилъ почти совсѣмъ чтеніе, къ обычнымъ занятіямъ сталъ питать нерасположеніе, сталъ любить больше уединеніе и избѣгалъ общества. Обычное оживленіе наступало рѣдко, да и то только послѣ обычнаго возбуждителя—водки, и на короткое время.

Въ первый разъ я увидѣлъ больного 23-го августа, къ какому времени и относится первое изслѣдованіе больного.—Въ это время ему было назначено *Strychn. nitr.*  $\frac{1}{2}$  грама 2 раза въ день, молочная діета и *Rhenacetin*  $\text{Xijj}$  гр. во время ожесточенія болей и совѣтъ оставить пить.

13-го сентября больной значительно поправился, становился на ноги, безотчетный страхъ прошелъ, боли утихли настолько, что не беспокоятъ больного; давленіе на мышцы средней силы безболѣзненно, самочувствіе хорошее, мочи много, безъ осадка, соломеннаго цвѣта,—дрожаніе въ рукахъ меньше, сонъ покойный, отправление желудка правильно. Цѣль теперь сравнительно мало.

20-го сентября больной поправляется, пытается ходить, но скоро устает и при этомъ появляется ломота въ икрахъ. Пьетъ мало, но иногда въ компаніи забываетъ объ этомъ.

Итакъ, на основаніи анамнестическихъ данныхъ, изъ которыхъ видно, что больные долго и сильно злоупотребляли алкоголемъ,—затѣмъ на основаніи характера паралича—пораженія конечностей до колѣнъ, симметричности въ распредѣленіи паралитическихъ явленій, преобладанія параличей и парезовъ главнымъ образомъ въ экстензорахъ, отсутствія сухожильныхъ рефлексовъ, болей въ икрахъ, гипералгезій кожи, атрофическихъ явленій въ мышцахъ голени, цѣлости *vesicae urinariae et recti*, дрожанія въ верхнихъ конечностяхъ и наконецъ разстройства въ психической сферѣ, которое особенно рѣзко выразилось во 2-мъ случаѣ,—мы имѣемъ полное право поставить діагнозъ *Paralysis alcoholica*.

Что касается дифференціального діагноза, то въ нашихъ случаяхъ онъ довольно легкій,—особенно во 2-мъ случаѣ, гдѣ картина довольно полная и рѣзкая.

Отъ *myelitis acuta*, которая даетъ иногда похожую картину, *paralysis alcoholica* отличается:

1. Отсутствіемъ лихорадочнаго состоянія.
2. Отсутствіемъ пораженія тазовыхъ органовъ, напр. сфинктеровъ *vesicae urin. et. recti*.
3. Отсутствіемъ болей въ спинѣ и остистыхъ отросткахъ при давленіи, или при проведеніи по нимъ горячей или холодной губкой.
4. Отсутствіемъ трофическихъ разстройствъ, какъ напримѣръ пролежней, воспаленія пузыря, и, наконецъ,
5. Медленнымъ развитіемъ параличей и медленнымъ теченіемъ болѣзни. Отъ *myelitis chronica* отличить эту форму еще легче, такъ какъ при ней 1) является глубокое разстройство пузыря, чего у насъ нѣтъ, 2) сухожильные рефлексы обыкновенно сохранены или даже повышены, въ нашихъ же случаяхъ на оборотъ отсутствуютъ. Затѣмъ *meningitis acuta et. chronica* иногда даютъ сходную картину, но за то при нихъ:

1. Бываютъ сильныя боли позвоночника.
2. Напряженіе мышцъ спины и затылка.
3. Усиленіе рефлексовъ и
4. Разстройства въ тазовыхъ органахъ, чего въ нашихъ случаяхъ нѣтъ, такъ что и эти формы исключаются. Далѣе, отъ *rachymeningitis spinalis acuta* отличить эту форму легко

уже потому, что нѣтъ самаго главнаго признака—пораженія костей позвоночника, а отъ хронической формы того же заблѣванія отличается:

1. Отсутствіемъ болей въ затылкѣ и шеѣ и верхнихъ конечностяхъ, что всегда бываетъ въ такъ называемомъ псевдо-нейральнойгическомъ періодѣ болѣзни.

2. Отсутствіемъ болѣзненности при давленіи на позвоночникъ.

3. Отсутствіемъ пораженія тазовыхъ органовъ.

4. Похуданіе мышцъ при *расхут. chr.* не бываетъ такое рѣзкое, и

5. Парезы и параличи распредѣляются иначе—больше поражаются верхнія конечности,—если же поражаются и нижнія, то по преимуществу флексоры.

Смѣшать *paralysis alcoholica* съ *myelitis centralis diffusa* нельзя уже по одному тому, что при ней не бываетъ пораженія въ психической сферѣ, явленія характернаго и почти постояннаго при первомъ.

Болѣе возможности смѣшать съ *tabes dorsalis*, такъ какъ между этими формами очень много сходнаго; но всматриваясь глубже въ явленія при той и другой болѣзни, мы замѣчаемъ, что

1. Боли при *par. alcoholica* не идутъ выше голеней, какъ это бываетъ при *tabes dorsalis*, и они имѣютъ другой характеръ—ломящихъ, а не стрѣляющихъ.

2. Чувство пояса, столь характерное для *tabes dorsalis*, отсутствуетъ при этой формѣ.

3. Походка при *tabes dorsalis*, хотя и шаткая, но виѣстъ съ тѣмъ разбрасывающая, и нѣтъ такого характернаго отвисанія стопы, на которое уже давно обратили вниманіе Лапсеро, а затѣмъ Шарко въ своихъ лекціяхъ.

4. При *tabes dorsalis* впоследствии присоединяетсястройство моче-половыхъ органовъ, чего нѣтъ при *paralysis alcoholica*.

5. Наконецъ при *paralys. alcoh.* нѣтъ той разницы въ зрачкахъ, которая обычна для *tabes dorsalis*. Сходную картину можетъ дать и восходящій параличъ Ландри, но за то при немъ теченіе болѣзни быстрое, за пораженіемъ ногъ скоро слѣдуетъ и пораженіе туловища, чего у насъ нѣтъ, далѣе при немъ параличъ болѣе полный, не бываетъ болей при давленіи на мышцы, нѣтъ анестезій, атрофическихъ устройствъ въ психической сферѣ, что у насъ на лицо.

Отличить *paralysis alcoholica* отъ параличей послѣ острыхъ или конституціональных болѣзней легче по анамнезу, — въ нашихъ случаяхъ подобнаго рода болѣзней не было.

Смѣшать данную форму съ ревматизмомъ невозможно ни въ какомъ случаѣ.

Наконецъ остается еще одна группа болѣзней, которая даетъ очень сходные симптомы съ описываемой формой — это интоксикаціонные параличи, но есть и отличительные признаки.

Такъ при отравленіи мышьякомъ.

1. Отравленіе начинается остро, почему нѣтъ такого долгаго продромальнаго періода, какъ при *paralysis alcoholica*.

2. Психическое расстройство, если встрѣчается, то только въ началѣ болѣзни, а не такъ, какъ это въ нашихъ случаяхъ.

При отравленіи свинцомъ.

1. Не бываетъ такого постоянства въ расстройствѣ психической сферы, какъ при *paralysis alcoholica*.

2. Существуютъ такъ называемыя свинцовыя колики, которыхъ нѣтъ при алкогольныхъ параличахъ.

3. При свинцовомъ отравленіи параличи сильнѣе въ мышцахъ, иннервируемыхъ *n. radial.* (кроме *supinator.*), а не въ мышцахъ голени, какъ въ данныхъ случаяхъ.

4. Эклампсія чаще, и

5. Наконецъ для свинцоваго отравленія характерна темная кайма на деснахъ.

Отъ параличей при отравленіи мѣдными солями отличить легко какъ по анамнезу, такъ и по отсутствію зеленой каймы на деснахъ, столь характерной для этой формы.

Отличить отъ параличей послѣ отравленія угаромъ легко по отсутствію подобнаго этиологическаго момента въ анамнезѣ, да и при нихъ не бываетъ продромальнаго періода. Параличи при отравленіи сѣроводородомъ встрѣчаются только какъ профессиональные, почему они исключаются легко.

Иногда подобная картина бываетъ при эрготизмѣ, но въ такихъ случаяхъ помогаетъ:

1) анамнезъ;

2) эпидемическое распространение;

и 3) при нихъ всегда бываютъ судороги; ничего похожаго нѣтъ въ данномъ случаѣ.

При дифтеритическихъ параличахъ, хотя могутъ быть сходные признаки, за то характеренъ для нихъ параличъ неба и аккомодации, чего не бываетъ при алкогольныхъ параличахъ.

При параличахъ послѣ дизентеріи всегда на лицо пораженіе recti et vesicae urinariae, такъ что и эту форму исключить легко.

Такимъ образомъ, какъ ни схожа картина *paralysis alcoholicae* съ параличами при *neuritis multiplex*, интоксикаціонными, съ параличами послѣ острыхъ заболѣваній и проч. всетаки существуютъ такіе характерные признаки, которые придаютъ алкогольному параличу особый типъ, такъ что по нимъ можно поставить часто этиологическую діагностику даже безъ точныхъ свѣдѣній изъ анамнеза. Вотъ этотъ то своеобразный типъ и даетъ возможность выдѣлить эту форму въ особую группу. Что же касается прогностики, то она во всякомъ случаѣ серьезна и зависитъ отъ многихъ обстоятельствъ, напр., отъ того, присоединяется ли параличъ къ другому какому либо заболѣванію, или же нѣтъ. Если онъ присоединится къ какой нибудь хронической формѣ въ родѣ туберкулеза легкихъ, то конечно прогностика плоха, даже *quo ad vitam*. Далѣе, она зависитъ отъ того, какъ велико распространеніе паралича и въ какомъ состояніи находится организмъ. Если во внутреннихъ органахъ существуютъ такого рода пораженія, какъ циррозъ печени, или слабость сердечной мышцы, а вмѣстѣ съ тѣмъ захвачены параличемъ важныя для жизни функціи, то прогностика также неблагопріятна *quo ad vitam*, напримѣръ, при параличѣ діафрагмы. Особенно неблагопріятной она становится, если къ этому присоединится еще какое либо острое заболѣваніе, въ родѣ бронхита, или остраго лихорадочнаго процесса.

Къ менѣе опаснымъ надо отнести тѣ случаи, когда параличъ не идетъ далѣе нижнихъ конечностей и организмъ находится въ сравнительно удовлетворительномъ состояніи; таковъ первый нашъ случай,—второй же относится къ сомнительнымъ. Наконецъ тѣ случаи, въ которыхъ пораженіе не идетъ далѣе нижнихъ конечностей, а организмъ находится въ хорошемъ состояніи, т. е. нѣтъ пораженія во внутреннихъ органахъ, сами-же субъекты въ молодомъ или зрѣломъ возрастѣ, такіе случаи даютъ хорошую прогностику, какъ *quoad vitam*, такъ и *ad valitudinem completam*. Если-же параличъ развивается у субъектовъ пожилыхъ, у которыхъ существуютъ болѣзни съ хроническимъ теченіемъ, постоянно ослабляющія организмъ, въ родѣ рѣзкихъ хроническихъ катарровъ, или эксудативныхъ формъ плеврита, то прогностика *quoad vitam* недурна, зато *quoad valitudinem completam* очень плоха.

Кромѣ того, прогностика находится въ зависимости отъ того, насколько разстроена психическая сфера.

Наконецъ, что касается терапіи, то она вполне зависитъ отъ того, въ какомъ періодѣ находится болѣзнь. Если мы застаемъ больного еще до развитія паралича, т. е. въ такъ называемомъ продромальномъ періодѣ, то терапія легка, такъ какъ, съ прекращеніемъ злоупотребленія алкоголемъ, соберега-ніемъ больного отъ тѣхъ поводовъ, отъ которыхъ развивается параличъ—напримѣръ простуды, душевнаго волненія и проч. можно рассчитывать поправить все дѣло, если при этомъ стараться всѣми силами укрѣпить организмъ.

Проф. Корсаковъ говоритъ, что всѣ явленія, грозившія перейти въ параличъ, ему удавалось прекратить назначеніемъ опія по 1—2 gr. раза 3 въ день; такъ же иногда получались хорошіе результаты отъ назначенія въ этомъ періодѣ *ergotin'a*. Въ періодѣ развитія паралича терапія находится въ зависимости отъ силы симптомовъ, которыми выразился параличъ.

При сильной безсонницѣ даютъ *chloral*, если сердечная дѣятельность удовлетворительна, то *opium* и *Natr. bromat.* При сильныхъ боляхъ мы назначали *Antipyrin* и *Phenacetin* съ хорошимъ успѣхомъ.

При рвотѣ хорошо помогало назначеніе *Strychnini*, равно какъ назначеніе этого средства совмѣстно съ электричествомъ оказало хорошую услугу въ 1 случаѣ. Лучшее назначеніе стрихнина подкожно, начиная съ небольшихъ дозъ— $\frac{1}{40}$ — $\frac{1}{30}$  gr.

При слабой сердечной дѣятельности и при уменьшеніи количества мочи хорошіе результаты получались отъ *coffeinum patrosalycilicum*. Особенно хорошо въ послѣдующемъ назначеніе *Arsenicum* и молочной діеты, о чемъ говоритъ и Корсаковъ. Въ нашемъ 1 случаѣ мы ограничились назначеніемъ *Strychnini* подкожно и электричества, по временамъ кромѣ того дѣлались ванны,—и подъ влияніемъ такого леченія получились прекрасные результаты.

Во второмъ случаѣ, кромѣ послѣдующаго назначенія стрихнина внутрь и молочной діеты, въ первое время назначались порошки съ *Phenacetinum* съ замѣтнымъ успѣхомъ.

Въ остальномъ леченіе совпадаетъ съ леченіемъ *neuritis multiplex* неалкогольнаго происхожденія, такъ что говорить о немъ излишне.

(Изъ поликлиники проф. П. И. Ковалевскаго).

## Къ казуистикѣ извращенной свѣтовой реакціи зрачка.

Н. И. Мухинъ,

Приватъ-доцентъ нервныхъ болѣзней при Императорскомъ Харьковскомъ университетѣ.

Разстройства реакціи iridis на свѣтовые раздраженія, въ видѣ пониженія или отсутствія ея, принадлежатъ къ очень постояннымъ и раннимъ симптомамъ tabes. Какъ извѣстно, феноменъ Argil-Robertson'a, состоящій именно въ пониженіи или отсутствіи реакціи зрачка на свѣтъ, при сохраненіи его аккомодативной реакціи, представляетъ настолько постоянное явленіе при этой болѣзни, что присутствія его рядомъ напр. съ обоюдосторонними ланцинирующими болями бываетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ достаточно для постановки диагноза tabes.

На оборотъ, большою рѣдкостью является другое измѣненіе реакціи зрачка при tabes, извѣстное подъ именемъ извращенія ея. Оно состоитъ въ томъ, что зрачекъ при раздраженіи его свѣтомъ, вмѣсто того чтобы суживаться—*расширяется*. Суженія въ темнотѣ, по-видимому, не бываетъ. При устраненіи свѣтового раздражителя, зрачекъ приходитъ просто въ свое прежнее положеніе и болѣе не суживается. Реакція наблюдается только при употребленіи сильныхъ раздражителей, напр. при освѣщеніи глаза посредствомъ че-  
чевицы.

Насколько мнѣ извѣстно, до сихъ поръ сообщенъ только одинъ случай такой реакціи при *tabes* профессоромъ D'Abundo <sup>1)</sup>. Нѣсколько другихъ случаевъ такого-же извращенія реакціи, описанныхъ также въ итальянской литературѣ <sup>2)</sup>, наблюдались при *paralysis progressiva*.

Въ настоящее время подъ моимъ наблюдениемъ въ поликлиникѣ проф. П. И. Ковалевскаго находится больной, представляющій именно такое извращеніе реакціи одного зрачка.

Г. А. З., офицеръ Терскаго казачьяго войска, 49 лѣтъ отъ роду, происходитъ изъ здоровой семьи. До 25-лѣтняго возраста никакихъ болѣзней не переносилъ. Въ этомъ возрастѣ заболѣлъ, по его словамъ, трипперомъ, отъ котораго однако его лечили ртутью. Сколько времени длился этотъ трипперъ, точно не помнитъ, никакихъ кожныхъ заболѣваній послѣ него не замѣчалъ и, по излеченіи его, 5 лѣтъ чувствовалъ себя здоровымъ. Въ 1874 году безъ видимой причины и почти внезапно появилась острая боль по ходу лѣваго сѣдалищнаго нерва. Боль появлялась приступами и имѣла рвущій, пронизывающій характеръ. Длилась она недѣлю, можетъ быть полторы и затѣмъ прошла, но съ тѣхъ поръ часто стали появляться кратковременные приступы колющихъ болей по всему тѣлу, главнымъ образомъ въ лопаткахъ, ногахъ и рукахъ.

Приступы болей становились съ каждымъ годомъ все сильнѣе, свободные отъ нихъ промежутки все менѣе длительны и вмѣстѣ съ тѣмъ больной сталъ замѣчать увеличивавшуюся тяжесть въ ногахъ главнымъ образомъ въ лѣвой, неувѣренность походки, особенно въ

---

<sup>1)</sup> D'Abundo, *La psichiatria*, 1887.

<sup>2)</sup> Morselli, *Archivio di Psichiatria*, 1886, f. 3; Rézzonico, *Archivio italiano p. I. malattie nervose*, 1887.



темнотѣ, затрудненія при мочеиспусканіи и ослабленіе половой способности. Всѣ эти явленія достигли рѣзкой степени развитія къ лѣту 1891 года, когда больной впервые пріѣхалъ въ Пятигорскъ.

Послѣ курса, проведеннаго здѣсь, больной почувствовалъ себя нѣсколько лучше въ смыслѣ нѣкотораго увеличенія стойкости въ походкѣ и уменьшенія болей. Но скоро, по возвращеніи его домой, боли вновь появились и на этотъ разъ въ болѣе рѣзкой степени, при чемъ рядомъ съ ними усилились расстройства при мочеиспусканіи, въ видѣ упорнаго задержанія мочи днемъ и недержанія по ночамъ. Такое состояніе длилось около двухъ мѣсяцевъ, затѣмъ больному стало лучше, но не надолго. Черезъ мѣсяцъ возвратились и боли, и расстройства мочеиспусканія и кромѣ того больной сталъ чувствовать сильное онѣмѣніе во всей нижней половинѣ туловища. Просуществовавъ около мѣсяца, боли опять исчезли, но затѣмъ, спустя около мѣсяца, появились вновь и такъ появлялись три раза втеченіи зимы и весны, а лѣтомъ больной вновь явился въ Пятигорскъ. Здѣсь установлено слѣдующее:

Больной высокаго роста и крѣпкаго тѣлосложенія. Костная система и жировая клѣтчатка хорошо развита. При ходьбѣ держится въ слегка согнутомъ положеніи, опирается на палку, ноги передвигаетъ съ нѣкоторымъ трудомъ, медленно и слегка откидывая стопы въ стороны и вверхъ. Зрачки плохо реагируютъ на свѣтъ, слегка равномерно сужены. Наружная прямая мышца лѣваго глаза недостаточна, такъ что при смотрѣніи налѣво получается диплопія. Лѣвый брюшной и оба колѣнные рефлексы отсутствуют. Рѣзкій феноменъ Romberg'a, оцущеніе опоясыванія на уровнѣ послѣднихъ ложныхъ реберъ. Тактильная и электрокожная чувствительность обѣихъ ногъ замѣтно понижена, мышечное чувство также. Время реакціи на болевые

\*

раздраженія значительно удлинено. На лѣвой верхней половинѣ туловища замѣтно повышение болевой чувствительности, съ обѣихъ же сторонъ на верхней половинѣ туловища рѣзко повышена возбудимость вазомоторовъ, такъ что на кожѣ, особенно спины, быстро появляются долго остающіяся розовыя полосы послѣ легкаго проведенія по ней рукояткой молоточка. Жалуется на прежнія ланцинирующія боли въ ногахъ и особенно въ спинѣ по обѣимъ сторонамъ позвоночника на уровнѣ 9-го и 10-го реберъ, боли въ поясницѣ, прежнія расстройства мочеиспусканія, онѣмѣніе въ ногахъ и слабость походки.

Во время леченія въ Пятигорскѣ у больного наблюдался продолжительный періодъ ежедневно повторявшихся острыхъ болей въ спинѣ и ногахъ, ослабленія сфинктера и детрузора пузыря и общей слабости—такой точно какъ вышеупомянутыя три приступа, въ теченіи предѣидущей зимы. Боли начинались ежедневно около 2 часовъ пополудни, длились до ночи, иногда и всю ночь, а къ утру ослабѣвали и оставляли послѣ себя только сильную общую слабость. Измѣреніе температуры каждый разъ во время приступовъ болей давало повышение ея на  $1-1\frac{1}{2}$  С. Большіе приемы хинина, даваемые во время болей или часа за  $1\frac{1}{2}$  до обычнаго времени ихъ наступленія ослабляли, а иногда и вовсе прекращали приступъ.

Леченіе, веденное по обычному методу, не дало на этотъ разъ никакихъ результатовъ: къ концу сезона состояніе больного осталось такимъ же, какъ и вначалѣ его.

Осенью, зимою и весною больной опять часто страдалъ приступами такихъ-же болей. Въ приступовъ слабость ногъ не прогрессировала замѣтно и вначалѣ настоящаго лѣтняго сезона состояніе его въ общемъ представлялось такимъ-же, какъ и въ прошломъ году.

Разница состояла только въ томъ во-первыхъ, что приступы болѣе зимой сопровождались, а иногда замѣнялись сильнымъ зудомъ въ спинѣ, поясницѣ и бокахъ, а во-вторыхъ въ этомъ именно году появилось характерное измѣненіе реакціи зрачковъ. Лѣвый зрачекъ шире праваго, не круглой, а нѣсколько овальной формы съ длиннымъ діаметромъ, расположеннымъ справа налѣво.

Свѣтовая реакція лѣваго зрачка при обыкновенномъ свѣтѣ отсутствуетъ, при освѣщеніи же чечевицей замѣтна, но очень слаба. Правый зрачекъ суженъ, свѣтовая реакція замѣтна также только при освѣщеніи посредствомъ чечевицы, но она *извращена*: при освѣщеніи зрачекъ замѣтно расширяется и приходитъ въ прежнее состояніе при удаленіи свѣта. Аккомодативная реакція обоихъ зрачковъ сохранена.

Въ настоящемъ сезонѣ рядомъ съ обычнымъ леченіемъ, употребляемымъ при *tabes*, больному назначены ежедневные приемы хинина. Боли съ начала леченія ослабли и до сихъ поръ, спустя 3 недѣли отъ начала леченія, не появлялись; походка стала тверже, отпавленія мочевого пузыря почти вполнѣ нормальны, настроеніе духа значительно улучшилось, но вмѣстѣ съ тѣмъ исчезъ и интересующій насъ главнымъ образомъ въ данномъ случаѣ феноменъ: извращеніе реакціи зрачка въ послѣдніе нѣсколько дней отсутствуетъ вполнѣ, правый зрачекъ на свѣтъ вовсе не реагируетъ.

---

Трудно объяснить явленіе извращенной реакціи, согласуясь съ существующими ученіями объ иннерваціи зрачка. Во всякомъ случаѣ существованіе этой реакціи можетъ служить однимъ изъ доказательствъ въ пользу существованія *musculi dilatatoris pupillae*.

Извѣстно, что со времени работъ Hall'я (1844) и особенно Grünhagen'a (1864) существованіе этой мышцы отрицалось и отрицается многими изслѣдователями. Расширеніе зрачка въ темнотѣ объясняется или раздражающимъ вліяніемъ отсутствія свѣта на сосудодвигатели, содержащіеся въ глазныхъ вѣтвяхъ п. *sympathici*, вслѣдствіе котораго уменьшается количество крови въ *iris*, а вмѣстѣ съ тѣмъ, конечно, и объемъ ея — и зрачекъ расширяется; или же задерживающимъ вліяніемъ раздраженія п. *sympathici* на *sphincter pupillae*, т. е. активнымъ расслабленіемъ послѣдней мышцы. Существованіе извращенной реакціи зрачка противорѣчитъ обоимъ этимъ гипотезамъ. Зависимость суженія зрачка отъ возбужденія свѣтомъ п. *optici* и рефлекторной передачи раздраженія на центръ п. *oculomotorii* стоитъ внѣ сомнѣнія. Неспособность зрачка суживаться подъ вліяніемъ свѣта мы по необходимости должны объяснять пораженіемъ или центра п. *oculomotorii*, или какой-либо другой части рефлекторной дуги. Пока по крайней мѣрѣ мы не въ состояніи объяснить и отсутствіе свѣтовой реакціи при *tabes* ничѣмъ инымъ, какъ параличемъ или центра *oculomotorii*, или центростремительнаго пути этого рефлекса. Центробѣжная часть рефлекторной дуги, т. е. цилиарная вѣтвь п. *oculomotorii* не можетъ быть поражена, потому что черезъ нее же только можетъ передаваться и аккомодативный рефлексъ, который при *tabes* не всегда, но очень часто бываетъ сохраненъ.

Если пораженъ центръ п. *oculomotorii*, то, очевидно, *sphincter pupillae* будетъ парализованъ и никакіе возбудители не будутъ вызывать ни сокращенія, ни расслабленія его. Если же пораженіе, обуславливающее свѣтовую неподвижность зрачка при *tabes*, локализуется въ центростремительной части дуги, т. е. въ соотвѣствующихъ вѣтвяхъ п. *optici*, то придется принять въ та-

кихъ случаяхъ вообще отсутствіе рефлекторнаго вліянія свѣта на ширину зрачка. Поэтому какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ невозможно допустить разслабляющаго вліянія раздраженія п. *sympathici* на *sphincter pupillae*. Съ другой стороны противъ сосудистой теоріи существованіе извращенной реакціи говоритъ потому, что по этой послѣдней *pervus sympathicus* раздражается отсутствіемъ свѣта, а въ данномъ случаѣ расширение зрачка, наоборотъ, появляется подъ вліяніемъ рѣзкаго свѣтоваго раздраженія.

Но все же самый фактъ извращенія реакціи остается необъясненнымъ. Я, по крайней мѣрѣ, рѣшительно отказываюсь отъ попытки объяснить его.

Описанный случай, кромѣ вышеуказаннаго, представляетъ еще другой интересъ, какъ своеобразное сочетаніе рѣзко выраженной *tabes* съ хронической маляріей. Характерныя табетическія ланцинирующія боли, не покоящія больного особенно въ свободные промежутки отъ малярійныхъ приступовъ, достигаютъ невыносимо рѣзкой степени во время пароксизмовъ послѣдней и легко уступаютъ большимъ дозамъ хинина.

---

## Случай чистой двигательной афазіи.

М. А. Аристовъ.

2-го февраля 1892 года въ приемный покой былъ доставленъ канониръ Брестъ-Литовской крѣпостной артиллеріи Ф. З. съ потерей рѣчи и съ жалобой на боль въ лѣвой половинѣ головы; больной постоянно прикладывалъ руку къ лѣвому темени. Изъ приема покойной больной немедленно былъ отправленъ въ мѣстный госпиталь, гдѣ у него было діагносцировано послѣдовательно: „psychosis“ (?) „psychopatia“ (?) и vitium cordis. Изъ распросовъ товарищей больного извѣстно, что послѣдній до февраля былъ здоровъ, помѣщался при вещахъ своего ротнаго командира; часовъ въ 11-ть, 1-го февраля З. пришелъ къ истопникамъ въ помѣщеніе роты и отдѣльными словами, а больше жестами, просилъ истопить печи въ квартирѣ ротнаго командира. До утра слѣдующаго дня З. оставался на форту, все время былъ на ногахъ, жаловался знаками на боль въ лѣвой половинѣ головы и невозможность пользоваться рѣчью.

*Anamnesis.* З. 24-хъ лѣтъ, сынъ крестьянина, Владимірской губерніи, Покровскаго уѣзда. Родители живы; отецъ уже старъ, но здоровъ, мать слабая болѣзненная женщина, постоянно страдаетъ одышкой, братъ и сестра больного здоровы. Дѣтей у родителей было только трое; были ли выкидыши больной не знаетъ. Сифилисъ у кого либо въ семьѣ и у себя отрицаетъ. До поступленія на службу страдалъ ревматизмомъ колѣнныхъ сочлененій. Женатъ, имѣетъ сына трехъ лѣтъ; жена и сынъ здоровы. До поступленія на службу на родинѣ занимался на фабрикѣ выдѣлкой пилы. На военной службѣ съ 1890 года; къ строевой службѣ былъ очень способенъ, а потому, какъ одинъ изъ лучшихъ, былъ назначенъ въ ротную школу грамотности, но грамота давалась ему очень трудно; читать онъ еле выучился и то по слогамъ, а писать выучиться не могъ. Въ 1891 году былъ опредѣленъ постояннымъ вѣстовымъ къ своему ротному командиру, гдѣ работа была не тяжелая. Пользуясь относительной свободой, пилъ водку, хотя не ежедневно, но не рѣдко и въ довольно большомъ количествѣ. За все время службы лишь однажды лежалъ около двухъ недѣль въ приемномъ покоѣ, по поводу воспаления подкожной клетчатки лѣвой голени. Сколько можно было узнать изъ объясненій больного, онъ на канунъ доставленія его въ приемный покой, собирався затопить въ своемъ помѣщеніи печь, но сразу почувствовалъ сильное головокруженіе и крайне рѣзкую боль въ лѣвой половинѣ головы, но сознанія не потерялъ. Оправившись отъ головокруженія, онъ отправился въ казарму къ истопникамъ и тутъ замѣтилъ, что не можетъ говорить.

*Status praesens.* Больной среднего роста, хорошего сложения, подкожный жирный слой развит умеренно, кожа чиста и бледна, на пальцахъ всѣхъ четырехъ конечностей планотична. Лицо съ выраженіемъ меланхолическаго оттѣнка. Мышцы лица хорошо иннервированы, подвижны и вполнѣ подчиняются волѣ; лишь при разговорѣ и чтеніи у больного замѣчается легкая разница въ носогубныхъ складкахъ: именно лѣвая болѣе рѣзко выражена. Движенія вѣкъ правильны; въ движеніи глазъ уклоненій не замѣчается. Правый зрачекъ нѣсколько шире лѣваго, но оба зрачка на свѣтъ и аккомодацию реагируютъ нормально. Изслѣдованіе остроты зрѣнія для близкихъ и далекихъ разстояній, а равно изслѣдованіе рефракціи обонхъ глазъ и каждаго порознь указало на нормальную остроту и рефракцію; повторное изслѣдованіе поля зрѣнія указало суженіе его въ височной сторонѣ лѣваго глаза. Офтальмоскопія подтвердила эметропію и никакихъ данныхъ не указала для объясненія дефекта въ полѣ зрѣнія: зрительный сосокъ и сѣтчатка никакихъ патологическихъ измѣненій не представляютъ; также нормально оказалось и цвѣтоощущеніе, больной не можетъ лишь называть цвѣтовъ, хотя очень точно различаетъ даже оттѣнки ихъ.

При изслѣдованіи слуха найдено, что лѣвое ухо различаетъ бой карманныхъ часовъ на разстояніи 228, а правое—268 сант. Небо высокое и узкое, небная занавѣска слегка опущена на лѣвой сторонѣ. Языкъ совершенно подвиженъ, при жеваніи функционируетъ нормально,—высунутый, слегка дрожитъ, но въ сторону не отклоняется. Сосуды шеи пульсируютъ. Уже при осмотрѣ груди замѣчается усиленный сердечный толчекъ; область сердечнаго толчка шире нормальнаго: она заходитъ за сосковую линію. Перкуссия области сердца указала не увеличеніе области сердечной тупости: лѣво граница ея заходитъ за сосковую линію на 1 поперечный палецъ, а въ право на одинъ же поперечный палецъ за среднюю линію грудины; верхняя граница—съ нижняго края 3-го ребра, а нижняя до нижняго края шестого. При выслушиваніи у верхушки—рѣзко выраженный систолическій шумъ. Дальнѣйшее изслѣдованіе груди, кромѣ незначительныхъ сухихъ хриповъ на уровнѣ угла правой лопатки, ничего патологическаго не дало. Изслѣдованіе органовъ живота дало отрицательные результаты. При изслѣдованіи органовъ движенія оказалось, что больной одинаково свободно владѣетъ обѣими верхними конечностями; изслѣдованіе динамометромъ произведено не было, ножатіе обѣихъ рукъ повидному одинаковой силы. Походка правильная. Изслѣдованіе кожной чувствительности дало повсюду хорошо развитое чувство мѣстности, болевая чувствительность не измѣнена ни въ ту, ни въ другую сторону. Рефлексы кожные, мышечные и сухожильные повсюду нормальны, за исключеніемъ легкаго повышенія сухожильныхъ рефлексовъ: четырехглаваго бедра и трехглавой мышцы плеча. Изслѣдованіе рѣчи дало слѣдующее: больной не можетъ свободно вести рѣчь, такъ какъ располагаетъ очень небольшимъ запасомъ словъ, не можетъ назвать ни одной части своего тѣла, ни одной принадлежности своего костюма или обстановки, не можетъ повторить сказаннаго передъ нимъ слова, а часто даже и слога; но тѣ слова, которые остались въ распоряженіи его, произносятся имъ правильно: ни носового тембра, ни какого либо расстройства въ артикуля-

цій этихъ словъ нѣтъ, говоритъ же вообще не громко. На вопросъ, что у него болитъ, отвѣчаетъ: „вотъ... это... никакъ не сказать“, при этомъ указываетъ на лѣвую половину головы въ передней трети „какъ это“... ахъ Господи... нѣтъ!... На вопросъ объ имени, съ усиленіемъ и выраженіемъ нетерпѣнія: „Зем... зем... ахъ ну... Зем...“ наконецъ произноситъ „Земскій“ притомъ такъ, что вторая половина слова какъ бы соскакиваетъ съ языка, такъ что і почти не слышится. На замѣчаніе что „Земскій“ его фамилія, а не имя, больной отвѣчаетъ, что „это не сказать“. Именъ отца, матери, брата, сестры и своего сына назвать не можетъ; относительно сына, впрочемъ, отвѣчаетъ „вотъ какъ я, т. е. Ѳедоръ?—это“! Впрочемъ недѣли черезъ двѣ больной въ состояніи былъ назвать свое имя, но имени близкихъ родныхъ не могъ произносить до выхода изъ госпиталя, да вообще за все время пребыванія больного въ госпиталѣ лексиконъ его слишкомъ мало обогатился. Дальнѣйшее изслѣдованіе велось такъ:

— Сколько тебѣ лѣтъ?

— „Двадцать четыре“.

— Какой ты губерніи и уѣзда?

— „Нѣтъ... не сказать“.

— Ты Воронежской губерніи? или Костромской? Ярославской? и такъ далѣе.

— „Нѣтъ... вотъ нужно бы сказать это... не сказать“!

— Владимірской?

— „Вотъ это“! и у больного полное чувство удовольствія, точно послѣ оконченной трудной работы.

Больной сидитъ на стулѣ. Въ комнатѣ кромѣ того стоятъ: столъ, диванъ, кресло, садовая скамья.

— На чемъ сидишь?

— „Это... не сказать“.

— Сядь на диванъ! Больной переходитъ и садится.

На требованіе назвать одну изъ вещей комнатной мебели больной отвѣчаетъ или „это бы надо сказать“ или „это не сказать“ хотя очевидно хорошо знаетъ эти названія, такъ какъ, при перечисленіи не соответствующихъ названій, онъ не соглашается ни съ однимъ изъ нихъ и бываетъ доволенъ, когда доходятъ до названія соответствующей вещи; но если это названіе повторять передъ нимъ, даже по слогамъ, названія ему все таки не удаются. Нѣкоторые изъ слоговъ иногда ему удается произнести, но комбинировать ихъ въ цѣлое слово онъ не можетъ, въ большинствѣ же случаевъ больному не удается даже и повторить произносимаго передъ нимъ слога.

На вопросъ чѣмъ занимался до поступленія на службу. „Вотъ это дѣлають... хорошее...“; при перечисленіи различныхъ фабричныхъ производствъ, наконецъ, оказывается, что онъ занимался выдѣлкой плиса, но назвать „плисъ“ не можетъ и при требованіи сказать это слово говоритъ „ги... чи, фе“ и наконецъ свое „это—не сказать“! При требованіи прочитать „Отче нашъ“ читаетъ хорошо до слова „днесъ“ здѣсь онъ обрывается и начинаетъ снова. На требованіе произнести „Царствіе твое“ слова, которые онъ уже сказалъ при чтеніи молитвы, онъ произноситъ совершенно не похожіе слоги „Ра, ми, мо“. На вопросъ о грамотности отвѣчаетъ „мало, худо“ отдѣльныя буквы называетъ, но согласныя нѣсколько свое-



образно, напр., вмѣсто «л, ли, в, кей» гласные же вѣрно и отчетливо буквы не смѣшиваетъ одну съ другой, легко находятъ требующія въ разрывной азбукѣ и складываютъ въ короткія слова, которыя произносятъ передъ нимъ. Въ книгѣ для первоначальнаго обученія Булакова больной по слогамъ прочитываетъ названія вещей изъ крестьянскаго обихода, или названія животныхъ, то и другое онъ сейчасъ же указываетъ на рисункахъ на параллельной страницѣ, но произнести только что прочитаннаго названія не можетъ, напр. онъ читаетъ: «топоръ и коса, борона, кошка» и тотчасъ по требованію указываетъ соотвѣтствующіе рисунки, но сказать «топоръ» не можетъ и говорить, что «это если такъ» и дѣлаетъ соотвѣтствующій жестъ руками, ударяя пальцами одной руки по пальцамъ другой. Относительно рисунка кошки говорить, что «вотъ ихъ много тамъ... это вотъ бѣгаетъ!.. но наконецъ послѣ долгихъ безуспѣшныхъ попытокъ говорить «кошечка», но повторить ему это слово уже не удается. Какихъ словъ больше осталось у больного названій или словъ, выражающихъ отношенія предметовъ, это сказать трудно, повидимому больной свободнѣе располагаетъ словами послѣдней категоріи, такъ на вопросъ, что это? при звукѣ проѣхавшаго по мостовой экипажа, онъ отвѣчаетъ «это вотъ кто ѣхать будетъ».

Монеты и вообще денежные знаки называетъ правильно, напр., три коп., пять, пятнадцать, рубль и т. д., считаетъ вообще легко, называетъ любую цифру на страницахъ книги, легко оперируетъ съ цифрами; складываетъ, вычитаетъ, умножаетъ и дѣлитъ, хотя арифметикѣ въ школѣ и не учился. Съ психической стороны кромѣ тоскливаго оттѣнка въ настроеніи и, слѣдовательно, нѣкотораго замедленія теченія представленій, ничего патологическаго не замѣчается (перцепція повидимому нормальная). Вообще больной хорошо ориентрируется относительно своего положенія, обстановки и своего міра идей; такъ напр., недѣли за полторы до пасхи при посѣщеніи моемъ госпиталя больной обратился ко мнѣ не то съ просьбой, не то съ вопросомъ: теперь вотъ все это... какъ же я? что это? «Да вотъ это... вѣдь худо... не сказать!» и больной перекрестился. При дальнѣйшемъ разспросѣ оказалось, что больной хотѣлъ бы исповѣдываться, но не знаетъ какъ ему быть, такъ какъ не можетъ говорить. Я обѣщалъ ему все устроить и онъ успокоился.

Описанный симптомокомплексъ очевидно долженъ быть отнесенъ къ случаямъ такъ называемой чистой афазии. Случай афазии хотя не рѣдки, тѣмъ не менѣе каждый новый случай представляетъ интересъ по тѣмъ особенностямъ, которыя онъ представляетъ съ клинической стороны,—особенностямъ, которыя находятся несомнѣнно въ связи съ причиною его возникновенія въ каждомъ данномъ случаѣ respective—съ мѣстомъ и характеромъ, происшедшимъ въ мозгу тѣхъ или иныхъ патологическихъ измѣненій. Въ описанномъ случаѣ особенностями, которыя характеризуютъ его, будутъ: отсутствіе паралича п. *facialis*, отсутствіе правосторонней гемиплегіи конечностей, сохраненіе памяти названій и полное отсутствіе замѣшательства

9563B

respect. полная интактность въ психической сферѣ, при невозможности повторить слышанныя слова или назвать отдѣльные слоги; возможность читать и понимать прочитанное и считать. Большинство случаевъ афазіи бываетъ смѣшанными, гдѣ атаксія рѣчи осложняется амнезіей, чѣмъ и объясняется спутанность мыслей больныхъ; это подмѣтилъ еще Труссо, высказавъ положеніе, что афазикъ теряетъ „сразу память словъ, память дѣйствій, съ помощью которыхъ произносятъ слова, а также въ болѣе или менѣе значительной степени и умственной способности <sup>1)</sup>“. Робертъ Пфунгенъ замѣчаетъ, что „всевозможныя формы, обыкновенно описываемыя подъ именемъ афазіи, относятся собственно къ области замѣшательства и что энцефалическое замѣшательство лежитъ въ основаніи механизма атактической рѣчи <sup>2)</sup>“; онъ объясняетъ это тѣмъ, что „такъ какъ черезъ центры рѣчи проходитъ почти весь запасъ нашего ассоціаціоннаго матеріала, то ясно, что гдѣ бы не находился гнѣздный фокусъ, разстроенные имъ ассоціонныя пути пройдутъ и черезъ центръ рѣчи“. Справедливость этого положенія очевидно не подлежитъ сомнѣнію въ томъ лишь случаѣ, если фокусъ будетъ локализоваться гдѣ либо „въ области рѣчи“; здѣсь онъ можетъ нарушить ходъ ассоціацій, что будетъ имѣть мѣсто во всѣхъ случаяхъ разъединенія различныхъ ассоціаціонныхъ путей, соединяющихъ центръ зрительныхъ и звуковыхъ образовъ съ центромъ идей <sup>3)</sup>. Въ нашемъ случаѣ ни амнезіи, ни замѣшательства не замѣчается. Не смотря на значительный лексиконъ, больной хорошо понимаетъ даже сложные вопросы, онъ твердо стоитъ на правильномъ названіи предметовъ, точно распознаетъ оттѣнки цвѣтовъ, хорошо понимаетъ при своей малограмотности прочитанное, хорошо считаетъ и оперируетъ съ числами; при неудачномъ повтореніи сказаннаго передъ нимъ слова или слога, больной замѣчаетъ свою ошибку и вообще хорошо ориентированъ относительно обстановки и своего внутренняго міра. Все сводится такимъ образомъ исключительно на потерю способности сочетать отдѣльные, вполне доступные ему, звуки въ

<sup>1)</sup> Лекція Труссо, русск. переводъ 1867 г., цитир. по ст. Родоскаго, Воен. медик. журн. 1872 г., февраля мѣсяца: „Къ ученію объ афазіи“ стр. 115.

<sup>2)</sup> Робертъ Пфунгенъ, Растройство ассоціацій, стр. 161,—3 Архивъ психіатріи, 1885 г. № 2 и 3.

<sup>3)</sup> Россъ, т. II, выпускъ 2, стр. 313 и 314.

слова, т. е. на выпадение центра координации. Больной может по слогамъ прочесть слово, но назвать,—выговорить слово не въ состояніи; при требованіи повторить слово или слогъ, это ему рѣдко удается, напр., въ словѣ „Богъ“ онъ по требованію не можетъ произнести даже двухъ—трехъ буквъ вмѣстѣ и произноситъ вмѣсто ихъ „ки“ „ги“ и т. п., между тѣмъ слогъ этотъ, встрѣчающійся въ печатномъ словѣ, онъ читаетъ. Такимъ образомъ въ описываемомъ случаѣ имѣемъ тотъ видъ афазіи, который называется двигательной афазіей и при томъ безъ всякаго замѣшательства или нарушенія психической сферы. Тѣсная область разстройства, ограниченная лишь способностью сочетанія звуковъ въ слова при отсутствіи паралитическихъ явленій въ другихъ областяхъ, позволяетъ съ большою вѣроятностью допустить локализацию патологическаго процесса въ мозгу на очень ограниченномъ пространствѣ: вѣроятно подверглась патологическому измѣненію ограниченная часть (задняя) 3-й лобной извилины <sup>1)</sup>. Наличие же условій появленія афазіи у нашего больного, какъ-то: молодой возрастъ, отсутствіе данныхъ, указывающихъ на существованіе сифилиса, внезапность появленія сгряданія безъ потери сознанія и существованіе органическаго порока сердца, говорятъ за характеръ патологическаго измѣненія: здѣсь несомнѣнно имѣемъ дѣло съ эмболией одной изъ вѣтвей средней мозговой артеріи, именно ея лобной вѣтви. Закупореніемъ одной лишь лобной вѣтви можетъ быть объяснено отсутствіе явленія параличей въ другихъ областяхъ, что имѣло бы мѣсто при эмболической закупоркѣ самаго ствола *arter. sulvii*, или вѣтвей идущихъ къ центральнымъ извилинамъ.

Находится ли легкое сглаживаніе правой носогубной складки и крайне незначительное опущеніе лѣвой половины нѣбной занавѣски въ связи съ появленіемъ афазіи, это сказать трудно—для этого нѣтъ данныхъ. Больной не былъ подробно исследованъ до болѣзни, да и такое изолированное пораженіе двухъ незначительныхъ вѣтвей *n. facialis* трудно было бы привести въ связь съ пораженіемъ мозговой коры. Также необъяснимымъ остается и суженіе поля зрѣнія въ лѣвомъ глазѣ. Слѣдовательно, оба эти явленія въ нашемъ случаѣ особеннаго значенія не имѣютъ для опредѣленія мѣста и характера анатомопатологическаго измѣненія въ мозгу.

<sup>1)</sup> Россъ, т. II, ч. 2, стр. 301 и 302; Эйгорстъ, т. III, стр. 480.

Наиболѣе интереснымъ явленіемъ, остающимся необъяснимымъ въ описываемомъ случаѣ, будетъ возможность считать или лучше выговаривать любыя доступныя больному и до болѣзни, цифровыя величины, хотя въ названіяхъ этихъ цифръ и встрѣчаются слоги, которые въ отдѣльности больной произнести не можетъ.

---

## Библіографія.

---

**Проф. В. М. Вехтеревъ**, Проводящіе пути мозга, 1893.

Названный трудъ автора представляет переработку его статьи о нервныхъ путяхъ спинного и головного мозга, помещенной въ „Микроскопической анатоміи человѣка и животныхъ“, изданной Овсяниковымъ и Лавдовскимъ. Переработка оказалась довольно значительной и книга представляет прекрасное руководство по данному вопросу, необходимое не только для молодого нейропатолога, но и для опытнаго специалиста.

*П. И. Ковалевскій.*

**Д-ръ А. А. Токарокій**, Меряченіе и болѣзни судорожныхъ подергиваній. 1893.

Сочиненіе это въ первый разъ явилось въ Сборникѣ, посвященномъ проф. Кожевникову. Нынѣ, являясь въ отдѣльномъ изданіи, оно пополнено литературными данными и двумя случаями, черезъ что оно, разумѣется, еще болѣе выиграло.

*Андрей Поповъ.*

**Д-ръ З. В. Гутниковъ**, Матеріалы къ ученію о химическомъ составѣ головного мозга у человѣка, 1893.

Вопросъ о химіи мозга, какъ у душевно-больныхъ, такъ и у душевно-здоровыхъ людей представляется не только еще не разработаннымъ, но даже и не початымъ, поэтому благое начинаніе автора весьма похвально и заслуживаетъ полного одобренія. Работа произведена въ фізіологической лабораторіи Харьковскаго университета и касалась: воды, сухого остатка, фосфора, азота и сѣры. Авторъ производилъ изслѣдованія надъ мозгами зародышей, людей взрослыхъ, умершихъ скоропостижно, — людей, умершихъ отъ различныхъ не психическихкихъ болѣзней, и людей психически больныхъ. Работа настолько объемиста, что мы ее здѣсь цѣликомъ не можемъ реферировать и приводимъ только таблицу его изслѣдованій.

*Михаилъ Поповъ.*

Кому принадлежатъ мозги.	В О Д А.			Ф О С Ф О Р Ъ.			А З О Т Ъ.			С Ъ Р А.											
	Maxi- mum.	Mini- mum.	Среднее.	Maxi- mum.	Mini- mum.	Среднее.	Maxi- mum.	Mini- mum.	Среднее.	Maxi- mum.	Mini- mum.	Среднее.									
Мозги за- рожда. { Сѣрое в. Бѣлое в.	9, 2,35	88,26	90,79	2,11	1,11	1,62	0,20	0,08	0,15	9,84	8,73	9,15	1,06	0,68	0,84	0,91	0,65	0,80	0,10	0,05	0,07
	88,65	81,78	84,09	1,45	0,82	1,21	0,26	0,12	0,17	9,33	8,64	8,93	1,60	1,01	1,30	0,83	0,53	0,54	0,12	0,06	0,09
Мозги здоровныхъ людей. { Сѣрое в. Бѣлое в.	73,96	63,49	69,43	1,73	0,76	1,17	0,56	0,21	0,36	0,06	4,76	5,50	1,84	1,53	1,61	0,69	0,45	0,53	0,20	0,12	0,15
	88,11	70,77	84,31	1,72	0,61	1,34	0,48	0,07	0,21	10,29	8,71	9,23	2,68	1,10	1,43	0,87	0,56	0,69	0,20	0,06	0,10
Мозги психиче- ски не больныхъ. { Сѣрое в. Бѣлое в.	74,90	67,77	70,33	1,72	0,59	1,34	0,52	0,06	0,28	7,43	4,01	5,49	2,26	1,27	1,71	0,68	0,46	0,57	0,21	0,13	0,16
	87,43	77,40	84,33	1,67	0,29	1,02	0,37	0,03	0,16	9,94	7,92	8,87	2,00	1,09	1,39	0,80	0,52	0,67	0,17	0,07	0,10
Мозги психиче- ски боль- ныхъ. { Сѣрое в. Бѣлое в.	72,96	63,49	69,43	1,70	0,29	0,95	0,52	0,06	0,28	6,96	4,71	5,86	2,00	1,58	1,76	0,70	0,45	0,58	0,22	0,14	0,17

**Проф. С. С. Корсаковъ, Курсъ психіатріи, 1893.**

Вышеназванная книга состоитъ изъ двухъ частей: общей психопатологіи и частной психіатріи. По количеству изложенныхъ авторомъ формъ и опредѣленности изложенія, книга не оставляетъ ожидать ничего лучшаго. При психіатріи профес. Ковалевскаго, вышеназванномъ сочиненіи профес. Корсакова, Судебной психопатологіи проф. Чижа и многихъ монографіяхъ по душевнымъ болѣзнямъ русскихъ ученыхъ,—русская литература едва ли будетъ особенно нуждаться въ переводныхъ руководствахъ по душевнымъ болѣзнямъ.

*Михаилъ Поповъ.*

**Д-ръ А. В. Тимофѣевъ и М. В. Игнатьевъ, Основы психіатрической экспертизы, 1893.**

Принимая во вниманіе очень часто случающееся затруднительное положеніе врачей, не специалистовъ по психіатріи, когда ихъ приглашаютъ экспертами по данному предмету, вышеназванные авторы оказали большую услугу передѣлкою соч. Лершанп'а, примѣнительно къ потребностямъ нашего судопроизводства. Работа содержитъ не только краткіе очерки болѣзненныхъ состояній, но и формы и образцы дачи заключеній по тѣмъ или другимъ вопросамъ судебной психіатріи. Книга можетъ оказаться полезною для очень многихъ врачей.

*Михаилъ Поповъ.*

**Д-ръ Д. Н. Лащенко, Вліяніе электрическаго постоянного тока на осмосъ чрезъ мертвыя и живыя ткани, 1893.**

Ночтенная работа П. Н. Лащенко представляетъ большой интересъ, главнымъ образомъ, въ виду освѣщенія вопроса, но существу его, о значеніи электрическихъ ваннъ и ихъ цѣлесообразности. Въ первой части своей работы авторъ подробно останавливается на физическихъ явленіяхъ и законахъ, послужившихъ ему основаніемъ при изученіи вліянія постоянного тока на осмосъ чрезъ мертвыя ткани и глину. Вторая часть распадается на два отдѣла. Въ первомъ отдѣлѣ авторъ представляетъ наблюденія и опыты надъ мертвыми тканями; во второмъ—надъ живыми. Работалъ онъ надъ іодистымъ калиемъ, который отдѣлился перегородкой изъ растительнаго пергамента, бычачьяго пузыря и т. п. отъ другаго электролита, сѣрноокислаго натра,—и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) постоянный токъ улучшаетъ осмосъ на известную величину, которая не зависитъ отъ силы простого осмоса и

концентрації розчину, що пропорційна силі тока и его продолжительности; 2) электрический токъ улучшаетъ осмосъ электрическимъ путемъ, но при отсутствіи простого осмоса вліяніе его исключается. Простой осмосъ долженъ быть, хотя бы онъ представлялъ собой ничтожную величину. 3) На непосредственный эффектъ электрическаго осмоса свойства перепонки могутъ оказывать громадное вліяніе. 4) Человѣческое тѣло обладаетъ электролитическою проводимостью и электрический токъ вступаетъ въ него вмѣстѣ съ іонами. 5) Возможно введеніе іода въ организмъ электролитическимъ путемъ. 6) Человѣческая живая кожа обладаетъ простымъ осмосомъ. 7) Введеніе въ организмъ лягушки алкалоидовъ, стрихнина, морфина, хинина слѣдуетъ законамъ электролиза и они вступаютъ въ тѣло электролитическимъ путемъ. Приблизительно къ животному организму, говоритъ авторъ, отвлеченныя слова „вхожденіе тока въ человѣческій организмъ“ теперь нужно нераздѣльно связать съ вопросомъ, въ какой обмѣнъ вступаютъ іоны электролизируемыхъ растворовъ, когда послѣдніе граничатъ съ человѣческимъ тѣломъ, при чемъ все равно, находится ли весь человѣкъ въ электрической ваннѣ, или его отдѣльныя части помѣщены въ электролизируемые растворы, или къ его тѣлу приложены обыкновенныя электроды, завернутыя въ замшу, пропитанную растворомъ электролита. Авторъ утверждаетъ, что іоны взятыхъ электролитовъ проникаютъ въ тѣло и вступаютъ во взаимный обмѣнъ съ іонами этого послѣдняго.

*И. Я. Платоновъ.*

**Д-ръ С. А. Вѣляковъ**, О самоубійствѣ и несчастныхъ случаяхъ въ психіатрическихъ заведеніяхъ, 1893.

Вышеназванная книга представляетъ очень большой интересъ, какъ для врача спеціалиста, такъ и вообще для врача и для всякаго образованнаго человѣка. Особенно она поучительна для врачебной администраціи больницъ, гдѣ, въ числѣ другихъ отдѣленій больницы, имѣется отдѣленіе и для душевно-больныхъ, а также для земствъ и городскихъ учрежденій, въ вѣдѣніи коихъ имѣются вышеуказанныя больницы; такъ какъ при всякомъ несчастномъ случаѣ въ отдѣленіи для душевно-больныхъ и неврачебная администрація и врачебная, спеціально по отдѣлу душевныхъ болѣзней неподготовленная, склонна приписать, если не всю, то добрыхъ  $\frac{3}{4}$  вины врачу психіатру. Не могу не высказать своего мнѣнія по сему поводу: въ настоящее время, при настоящемъ разви-



тии медицины и особенно ученія о душевныхъ болѣзняхъ,— необыкновенное стремленіе старшихъ врачей не специалистовъ— психіатровъ удержатъ за собою верховную власть надъ домошъ умалишенныхъ ограничить, если не съ тупоуміемъ, то во всякомъ случаѣ съ крайнимъ невѣжествомъ и отсталостью. Книга д-ра Бѣлякова представляетъ массу поучительныхъ данныхъ и мы можемъ сказать развѣ одно, что авторъ ея остался очень сдержаннымъ и осторожнымъ въ выводахъ. По изслѣдованіямъ автора, изъ всѣхъ самоубійствъ болѣе 33% падаетъ на долю душевно-больныхъ, въ тюрьмахъ самоубійства также въ  $\frac{1}{3}$  принадлежатъ душевно-больнымъ. Лечебницы для душевно-больныхъ предупреждаютъ самоубійства не менѣе 95% всѣхъ душевно-больныхъ, проявляющихъ склонность къ совершенію самоубійства и тѣмъ не менѣе самое образцово устроенное заведеніе для душевно-больныхъ не обезпечено отъ совершенія самоубійства больными. Система „restraint“ не только не предохраняетъ отъ самоубійства, но иногда является даже вспомогательнымъ рычагомъ для приведенія въ исполненіе стремленія къ самоубійству. Случаи самоубійства душевно-больными въ заведеніяхъ ровно ничего не говорятъ противъ порядковъ въ заведеніи, какъ и отсутствіе несчастныхъ случаевъ не говоритъ въ пользу идеальнаго устройства заведенія,—ибо эти самоубійства часто бываютъ связаны иногда съ совершенно неуловимыми и заранѣе неустрашимыми случайностями. Наибольшее число самоубійствъ падаетъ на долю меланхолиі, первичнаго помѣшательства, алкогольныхъ психозовъ и насильственныхъ представленій. Въ большинствѣ нашихъ отечественныхъ психіатрическихъ заведеній цифровыя данныя о самоубійствѣ больныхъ только приблизительныя, а не дѣйствительныя, потому что многіе психіатры завѣдомо скрываютъ факты насильственной смерти, упоминая только по необходимости о тѣхъ случаяхъ, свѣдѣнія о которыхъ доходили до прокурорской власти, или попадали въ печать. *Conditio sine qua pop*, въ отчетахъ психіатрическихъ заведеній должна быть введена графа самоубійствъ и другихъ несчастныхъ случаевъ. *Pium desiderium* всѣхъ заведеній для душевно-больныхъ надлежаще подготовленная и развитая прислуга, на которую могъ бы болѣе или менѣе положиться завѣдующій врачъ и которая была бы въ состояніи имѣть надлежащій надзоръ за больными, имѣющими болѣзненное влеченіе къ самоубійству. Привлекать врачей къ отвѣтственности за самоубійство душевно-больныхъ въ психіатрическихъ заведеніяхъ можно только

\*

по суду спеціального ученого общества, компетентных психіатровъ, или совѣта высшей медицинской инстанціи.—Очень желаемъ книгѣ возможно большаго распространенія.

*П. И. Ковалевскій.*

**Проф. С. М. Лукьяновъ**, Основанія общей патологіи сосудистой системы, 1893.

Вышеназванная книга не имѣетъ прямого прикосновенія къ неврологіи; но это трудъ настолько серьезный и богато обработанный, что долженъ сдѣлаться обязательной принадлежностью не только невропатолога, но и всякаго образованнаго врача-практика.

*П. И. Ковалевскій.*

**Д-ръ А. П. Ножниковъ**, Къ симптоматологіи Базедовой или Гревсовой болѣзни, Сборникъ статей, посвященный проф. И. Н. Оболенскому, 1893 г.

Авторъ описываетъ очень интересный случай morbus Basedowii, въ которомъ, рядомъ со многими припадками, характерными для Базедовой болѣзни, наблюдались атактическія или табетическія явленія въ движеніи рукъ и ногъ. Относительно разстройства движеній у базедовиковъ извѣстны случаи Foleol'a, Eulenburg'a и др., но эти случаи не представляли табетическихъ явленій, какъ въ случаѣ автора.

Дворянка А. С., 43 лѣтъ, поступила въ клинику 19 января 92 г. съ жалобой на сильное сердцебіеніе и одышку, слабость ногъ, разстройство походки и боли, появляющіяся въ груди, рукахъ, ногахъ и проч. Status praesens. Больная среднего роста и сложенія, съ значительной худобой тѣла. Выраженіе лица безпокойное; волосы сѣдые, глаза слегка выпячены. Лицо и кожа на туловищѣ и конечностяхъ чрезвычайно блѣдны. Кое гдѣ на послѣдней замѣтны участки совершенно бѣлые, лишенные пигмента—vitilignes, другіе пигментированы въ бронзовый цвѣтъ, какъ при morbo Addisonii. Кожа эластична съ достаточно сохранившейся подкожной клетчаткой. Мускулатура дряблая, вялая, особенно сильно атрофированная въ верхней части туловища и на верхнихъ конечностяхъ, менѣе атрофированная въ нижней половинѣ туловища и конечностяхъ, отчего получается довольно рѣзкій контрастъ между мускулами верхней и нижней части туловища и конечностей. Слизистыя оболочки губъ, десенъ и полости рта блѣдны. Сочувственные движенія верхняго вѣка при подыманіи и опусканіи зрительной плоскости не нарушены. Зрачки нормальной величины; свѣтловая реакція 1-я и 2-я, равно аккомодативныя, сохранены. На передней поверхности шеи замѣтна довольно объемистая опухоль, больше выдающаяся съ правой стороны, ясно пульсирующая. Опухоль плотновато эластической консистенціи, дающая ощущеніе дрожанія и пульсаціи. Выслушиваются на ней жужжащіе шумы. Опухоль представляетъ увеличенную зобную желѣзу. Съ боковъ шеи замѣчается рѣзкая пульсація

сонныхъ артерій и ундуляция яремныхъ венъ. Сонныя артеріи сильно напряжены, тверды, число ихъ пульсацій въ минуту=числу сердечныхъ толчковъ. При ощупываніи онѣ даютъ ощущение дрожанія. Дыханіе учащено до 30 и болѣе въ минуту. При глубокихъ вдохахъ грудная клѣтка расширяется не равномерно, какъ бы толчками. Типъ дыханія реберный. Сердечный толчекъ разлитой: виденъ и ощутимъ въ нѣсколькихъ межреберныхъ промежуткахъ, но наиболѣе отчетливо въ 5-мъ; довольно силенъ. Пульсъ лучевыхъ артерій слабъ; давленіе въ нихъ небольшое. Пульсовые волны не равномерны и по величинѣ и по времени слѣдованія другъ за другомъ. Число пульсацій въ артеріяхъ меньше числа сердечныхъ толчковъ: 108—112 первыхъ на 120 вторыхъ. Область сердца при выстукиваніи болѣзненна. Сердечное притупленіе сверху начинается на верхнемъ краѣ 4-го ребра, на 5-мъ переходитъ въ тупость, кончается въ 5-мъ межреберномъ промежуткѣ. Поперечникъ сердца не измѣненъ. Верхняя граница печени нормальна. Область печени при перкуссіи болѣзненна. У верхушки сердца—довольно рѣзкій систолическій шумъ, мѣняющійся, однако, въ силѣ и иногда проходящій и 2-й тонъ; при основаніи—2 тона, при чемъ первый оо слабымъ, очевидно, проведеннымъ, шумкомъ: на аортѣ 2 тона; на рѣшоп. 1-й дуящій шумъ и 2-й тонъ безъ акцента. Въ сонныхъ артеріяхъ выслушивается систолическій шумъ и 2-й тонъ; на арт. шитовидной желѣзѣ жужжащіе шумы. Въ яремныхъ венахъ—шумъ волчка. Въ легкихъ повсюду нормальное везикулярное дыханіе, за исключеніемъ лѣвой подключичной области, гдѣ дыханіе жесткое. Животъ слегка вздутъ. Перкуссія и ощупываніе живота не даютъ ничего ненормальнаго кромѣ увеличенія печени; аппетитъ иногда хорошъ, иногда очень плохъ; легкіе поносы смѣняются запорами; иногда поносы упорны и обильны. Во рту чувствуетъ сухость, иногда является слюнотечение. Моча—1500, удѣльнаго вѣса—отъ 1006—1008, блѣднаго цвѣта, постороннихъ примѣсей не содержитъ. При изслѣдованіи органовъ движенія наблюдались слѣдующія явленія: и въ нижнихъ и въ верхнихъ конечностяхъ имѣлись атактическія разстройства. На нижнихъ конечностяхъ они выражались слѣдующими явленіями: больной не удавалось, лежа на спинѣ, описать кругъ ногой, она дѣлала неправильныя, зигзагообразныя движенія и описывала фигуру, не имѣющую ничего подобнаго съ кругомъ; не удавалось ей коснуться пяткой одной ноги колѣна другой; всегда при такомъ движеніи она нѣсколько разъ обходила назначенное мѣсто, прежде чѣмъ попадала въ него. Если больную пригласить встать со стула или кровати, то она, опираясь въ какой либо предметъ, становилась, широко разставивъ ноги. Походка не увѣренная, шаткая; ноги съ трудомъ поднимаются отъ полу, немного откидываются въ сторону и опускаются на полъ прежде всего пяткою. При ходьбѣ больная внимательно слѣдитъ глазами за движеніемъ ногъ. Неувѣренность и шаткость въ походкѣ еще болѣе обнаруживаются при быстрыхъ поворотахъ. Въ темнотѣ и съ закрытыми глазами больная совсѣмъ не могла ходить. Наблюдались также и Romberg'овскій симптомъ. На верхнихъ конечностяхъ атактическія разстройства выражались слѣдующими явленіями: больная не могла, разведя руки и быстро сводя ихъ, коснуться кончиками пальцевъ другъ друга; не могла, фиксируя глазами какой либо

предметъ, быстро схватить его; не попадала булавкой въ отверстие, продланное въ бумагѣ, руки ея постоянно совершали нѣсколько лишннихъ движеній въ сторону, прежде чѣмъ достигали намѣченной цѣли. Рефлексы кожные и сухожильные отсутствуютъ. Чувствительность содержится не одинаково на обѣихъ сторонахъ. Простое осязательное ощущеніе на лѣвой понижено, на правой нормально. Чувство мѣста сохранено; температурное чувство на правой нормально, на лѣвой понижено. Болевая чувствительность на лѣвой сторонѣ понижена. Динамометрія правой руки—27, лѣвой—23. Апатическія. Первые признаки болѣзни появились въ декабрѣ 1888 г. въ видѣ слабости и быстрой утомляемости рукъ при исполненіи какой-нибудь работы. Къ февралю 1889 года слабость увеличилась настолько, что больная должна была отказаться отъ кормленія своего послѣдняго 5-ти мѣсячнаго ребенка. За февраль и мартъ состояніе С. немного улучшилось, но въ концѣ марта болѣзнь съ новой силой возвратилась, къ прежней слабости присоединились одышка, сердцебиеніе и ломота въ обѣихъ предплечьяхъ, которую больная локализируетъ на пространствѣ 5—6 сант. выше кистевыхъ суставовъ. Послѣдняя появлялась приступами по нѣсколько разъ въ день на 3—5 минутъ. Съ теченіемъ времени ломота распространилась на всю руку. Почти одновременно съ указаннымъ припадкомъ появилась боль подъ лопатками. Со смертію 12 лѣтней дочери 6-го апрѣля болѣзнь усилилась: къ прежнимъ припадкамъ присоединились: не уступавшіе никакому леченію поносы, частая рвота, полное отвращеніе къ пищѣ, особенно мясной. Въ ноябрѣ появились отеки ногъ. Отсюда до самаго поступленія въ клинику болѣзнь шла crescendo и достигла приведенныхъ уже размѣровъ. —О прежнемъ состояніи извѣстно слѣдующее: происходитъ С. отъ здоровыхъ родителей, дожившихъ до глубокой старости. Ни родители, ни братья и сестры нервными болѣзнями не страдали. Менструировать С. начала на 14 году. Menstrua всегда правильны, только съ іюня 1891 года замѣчена неправильность въ нихъ: они стали являться то раньше, то позже срока и въ меньшемъ количествѣ. Съ 20-го октября того же года не появляются; 20 лѣтъ С. вышла за мужъ. Родила за 23 года супружеской жизни 11 душъ дѣтей вполнѣ здоровыхъ и доношенныхъ, 12-й былъ 4-хъ мѣсяцевъ абортъ. Роды и послѣродовой періодъ протекали безъ осложнений. Семейная жизнь крайне неудачная, чѣмъ С. и объясняетъ раннее послѣдніе волосъ, начавшееся съ 23 лѣтъ и закончившееся къ 28. Зобъ развился черезъ нѣсколько мѣсяцевъ отъ начала болѣзни.

Табетическія разстройства авторъ приписываетъ функциональному пораженію заднихъ пучковъ спинного мозга.

*Михаилъ Поповъ.*

**С. С. Хрулевъ**, Характеръ преступныхъ дѣяній душевно-больныхъ, 1893.

Въ послѣднее время русскіе юристы проявили въ литературѣ очень оживленную дѣятельность по вопросамъ судебной психіатріи и антропологін. Явился цѣлый рядъ работъ въ этомъ направленіи, каковы: В. К. Случевского, Д. А. Дриля,

Н. Д. Стефановскаго, Н. И. Закревскаго и другихъ. Настоящій трудъ относится къ той же области. Все это указываетъ на то отрадное явленіе, что въ предѣлахъ нашего отечества наука является не пустымъ звукомъ, а составляетъ насущную потребность людей умственной дѣловой жизни. До сихъ поръ въ области судебной психіатріи и антропологіи работали въ нашемъ отечествѣ преимущественно психіатры; теперь выступаютъ на сцену и юристы. Такое явленіе можно считать вполне правильнымъ, въ особенности если это вступленіе будетъ выражаться обильнымъ сообщеніемъ тѣхъ фактовъ, которые въ необъятномъ количествѣ находятся въ рукахъ юристовъ. Нужно только, чтобы эти факты отличались возможной полнотой и обстоятельностью. Толкованіе этихъ фактовъ—дѣло условное. Каждый человѣкъ имѣетъ право разсматривать фактъ съ своей точки зрѣнія,—фактъ же всегда остается фактомъ. По этому мы, медики, были бы весьма благодарны юристамъ, если бы они, стоя во главѣ правосудія и юридическаго производства, и, слѣдовательно, держа въ своихъ рукахъ десятки тысячъ судебно-психіатрическихъ дѣлъ, могли бы и способствовали ихъ появленію на свѣтъ. Я лично заинтересованъ этимъ вопросомъ въ высокой степени; къ сожалѣнію съ дѣлами, подлежащими судебно-психіатрической экспертизѣ, мнѣ приходится знакомиться только въ залѣ суда при разборѣ сихъ дѣлъ. Само собою понятно, что такое знакомство недостаточно для того, чтобы передать эти дѣла товарищамъ. А было время и иное. Было время, когда, благодаря любезности лицъ высшей юридической іерархіи Харьковскаго округа, я получалъ всѣ подобныя дѣла для дачи заключенія. Служа правосудію своими заключеніями, я въ тоже время служилъ и своей спеціальности, а также и просвѣщеннымъ юристамъ, интересовавшимся научными вопросами. Нынѣ въ подобныхъ предварительныхъ заключеніяхъ психіатровъ, видимо, не нуждаются, и тѣмъ приходится знакомиться съ таковыми дѣлами по репортерскимъ замѣткамъ мѣстныхъ газетъ. Кто отъ этого выигралъ?... Вышеназванный трудъ принадлежитъ одному изъ нашихъ почтенныхъ юристовъ, видимо человеку много на своемъ вѣку порабатывшему юстиціи, много ознакомившемуся съ дѣлами и немало познакомившемуся съ наукой. Много лѣтъ назадъ авторъ случайно встрѣтился съ мыслью о соответствіи характера преступныхъ дѣяній душевно-больныхъ характеру ихъ болѣзни. Эта мысль слишкомъ рѣзко поразила автора и разработкѣ ея онъ посвятилъ много

лѣтъ своей трудовой жизни. Настоящая книга служить частичнымъ выраженіемъ этого изученія. Мы не можемъ подробно излагать содержанія всей книги и ограничимся только лишь указаніемъ содержанія ея. Въ началѣ книги авторъ излагаетъ анатомио-физиологическія основы душевной дѣятельности здороваго человѣка. Изложеніе это весьма просто, ясно и особенно полезно будетъ для юристовъ, недостаточно знакомыхъ съ этой стороной ученія о душевной дѣятельности. Далѣе, указывая на необыкновенно обильный въ Россійской Имперіи судебно-психіатрический матеріалъ, авторъ высказываетъ мысль о высокой важности научной его разработки. Но такъ какъ это дѣло касается настолько же психіатровъ, какъ и юристовъ, то авторъ предлагаетъ учредить бюро изъ среды психіатровъ и юристовъ, которое между прочимъ взяло бы на себя трудъ изученія уголовныхъ дѣлъ, ради изученія характера преступныхъ дѣяній душевно-больныхъ и другихъ вопросовъ, вытекающихъ изъ подобнаго изученія. Предварительно же образованію сего бюро, авторъ излагаетъ свои собственные наблюденія по вопросу о характерѣ преступныхъ дѣяній различнаго рода душевно-больныхъ. При этомъ онъ разсматриваетъ дѣянія алкоголиковъ, эпилептиковъ, меланхоликовъ, маниаковъ, первично-помѣшанныхъ, слабоумныхъ, идіотовъ и женщинъ въ различныхъ состояніяхъ ненормальной душевной ихъ дѣятельности. Все изложеніе отличается ясностью и массою иллюстрирующихъ сообщеній. Нельзя не пожалѣть, что чрезвычайное множество фактовъ отличается необыкновенной краткостью. Черезъ это теряется вся ихъ цѣнность. Насколько прекрасно и цѣнно сообщеніе на страницѣ 120, настолько обезцѣниваются факты остальные своею краткостью. Эти факты служатъ подтвержденіемъ мысли только лишь автора, — другіе же писатели ими воспользоваться не могутъ, — тогда какъ сообщеніе на стр. 120 можетъ служить любому психіатру и юристу, какъ образецъ остраго сумашествія. Во всякомъ случаѣ книгу автора съ удовольствіемъ прочитаетъ и медикъ, и юристъ и каждый образованный человѣкъ. Но оставляя въ сторонѣ книгу автора, мы обращаемъ къ поднятому имъ вопросу о совместной разработкѣ уголовныхъ дѣлъ, носящихъ судебно-психіатрический оттѣнокъ. Я лично и всѣ мои ученики, работающіе вмѣстѣ со мною, могли бы съ величайшимъ удовольствіемъ взяться за это дѣло, но мы не знаемъ къ кому и какъ обратиться за матеріаломъ. Мы, наприимѣръ, съ полной готовностью взяли бы на себя трудъ предварительнаго

розсмотрѣнія вѣхъ дѣлъ съ судебно-психіатрическимъ, содержаниемъ по всему Харьковскому округу, при поступленіи ихъ въ Харьковскую судебную палату; но пожелаетъ ли этимъ предложеніемъ воспользоваться высшая судебная іерархія—это вопросъ. Между тѣмъ такое предварительное разсмотрѣніе дѣлъ было бы весьма полезно и въ интересахъ правосудія, и для науки. Какъ однако это дѣло устроить—мы не знаемъ.

*П. И. Ковалевскій.*

**Игн. Закревскій, Объ ученіяхъ уголовно-антропологической школы, 1893.**

Съ возникновеніемъ такъ называемой позитивной уголовной антропологической школы связь между юридическими науками и медициной усилилась еще болѣе. Психіатрія въ каждомъ душевномъ разстройствѣ предполагаетъ какую-либо органическую основу въ сѣдалищѣ душевной дѣятельности,—уголовно-антропологическая школа полагаетъ, что всякое противобщественное побужденіе находится въ причинной связи съ извѣстными состояніемъ мысли, чувствъ и воли. Такое ученіе уголовной антропологіи, имѣя своею колыбелью Италію, вскорѣ нашло себѣ послѣдователей во вѣхъ странахъ просвѣщеннаго міра. Здоровая критика и факты жизни обнаружили однако нѣкоторое увлеченіе и несостоятельность данной школы. Вышеуказанный трудъ является также довольно серьезной критикой вышеназванной теоріи въ лицѣ ея представителей Ломброзо, Ферри и Гарофало. Сочиненіе г. Закревскаго представляетъ тотъ интересъ, что, вмѣстѣ съ подробнымъ и тщательнымъ изложеніемъ ученія вышеназванныхъ авторовъ, въ немъ представляется и критика этого ученія, нерѣдко довольно ѣдка и остроумная. Кромѣ того въ этомъ же сочиненіи находится сообщеніе автора, сдѣланное имъ на антропологическомъ съѣздѣ въ Брюсселѣ. Вообще сочиненіе написано очень просто и даетъ ясное представленіе объ ученіи позитивной уголовно-антропологической школы, или, какъ ее называетъ г. Закревскій, натуралистической школы.

*П. И. Ковалевскій.*

**Prof. D'Abundo, Матеріалы къ изученію пальцевыхъ формъ (Beitrag zum Studium der Fingerformen, Archivio di Psich. 1891).**

Авторъ занимался изученіемъ пальцевыхъ формъ у идіотовъ и гениплетиковъ. У семи идіотовъ верхушки пальцевъ руки обнаруживали необыкновенное сходство, такъ что всѣ десять

пальцевъ имѣли почти одну и ту же форму. Изъ 20 случаевъ рѣзко выраженнаго слабоумія у 4 больныхъ всѣ пальцы руки имѣли приблизительно одну и ту же форму, а у остальныхъ замѣчалась наклонность къ повторенію одной и той же формы на всѣхъ пальцахъ, за исключеніемъ по большей части безымяннаго и мизинца. У 19 гемиплегиковъ, вслѣдствіе кровезліянія, авторъ нашелъ замѣчательное уплощеніе верхушки пальцевъ, особенно у тѣхъ лицъ, которыя очень долго страдали гемиплегіей.

*Михаилъ Поповъ.*

**Prof. Marro**, Токсическій психозъ, вызванный употребленіемъ косметики, содержащей ртуть (Psicosi tossica prodotta da cosmetico a base mercuriale. Annali di freniatria, Vol. III, Fas. I).

Авторъ наблюдалъ у одной 46-лѣтней женщины психозъ, происшедшій, по его мнѣнію, отъ долговременнаго употребленія помады Brossard'a. Больная употребляла эту помаду, содержащую каломель и іодъ, для предотвращенія выпаденія волосъ. По характеру психозъ приближался къ такъ называемой климактерической параноѣ. Между галлюцинаціями преобладали преимущественно зрительныя; было множество бредовыхъ идей, которыя носили характеръ или преслѣдованія, или эротическій. Безсонница, сильное возбужденіе, значительная анемія. Анализъ мочи обнаружилъ довольно большое количество ртути въ организмѣ. Раньше эта женщина никакими особыми заболѣваніями не страдала. Регулы у нея прекратились 5 лѣтъ тому назадъ. По особенностямъ психоза авторъ относитъ данное заболѣваніе къ токсическимъ. На основаніи присутствія ртути въ мочѣ и полного отрицанія отравленія какими-бы то ни было другими веществами, напр.: алкоголемъ, табакомъ и проч., онъ полагаетъ, что психическое разстройство произошло вслѣдствіе прониканія ртути въ мозговую ткань при втираніи помады.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr. Funajoli**, Случай автоматизма (Di un caso di determinismo ambulatorio, Riforma medica, 1893).

Авторъ сообщаетъ случай, важный въ судебно-медицинскомъ отношеніи, въ которомъ бредъ дѣйствій (délire des actes) преобладалъ надъ разстройствами мыслительной области. Больной обнаруживалъ явленія френастенія, автоматизма и вѣроятную эпилепсію. По изложеніи самого случая, авторъ останавливается на изученіи вопроса о природѣ автоматизма и приходитъ къ тому заключенію, что онъ принадлежитъ къ



отдѣлу эпилепсін, въ приступахъ которой также происходитъ пораженіе мыслительной дѣятельности,—мнѣніе, раздѣляемое и другими авторами. Въ этихъ случаяхъ происходитъ рѣзкое пораженіе воли и задерживающихъ центровъ; такой человѣкъ не обладаетъ свободою дѣйствій и потому за свои поступки и дѣйствія является невмѣняемымъ. *В. А. Тихомировъ.*

**Prof. Wernicke**, О фиксированныхъ идеяхъ (Ueber fixe Ideen. Deutsche med. Wochenschrift, 1892).

Авторъ является противникомъ ученія о мономаніи, которое каждому преступнику можетъ даровать прощеніе, и думаетъ, что мономанія тогда только получитъ право гражданства, если общество установитъ тождество между сумашествіемъ и преступленіемъ. Она принадлежитъ къ тѣмъ ограниченнымъ нарушеніямъ психической сферы, которыя не связаны ни съ слабоуміемъ, ни съ бредомъ преслѣдованія или бредомъ величія. Здѣсь фиксированныя идеи являются отдѣльными преобладающими идеями, составляя интрапсихическую нарафункцію, при чемъ остальная дѣятельность оказывается совершенно нормальной, во всякомъ случаѣ логичной. Авторъ приводитъ 4 исторіи болѣзни, которыми онъ старается доказать, что частичное душевное расстройство, какъ напр., бредъ сутяжничества, разсматриваемый старыми изслѣдователями, какъ отдѣльная форма заболѣванія, въ родѣ фиксированныхъ идей въ смыслѣ Wernicke, должно входить въ число „ограниченныхъ авто-психозовъ“. Въ первомъ случаѣ молодая дѣвушка была свидѣтельницей мытья одной вшивой особы и съ тѣхъ поръ не могла отдѣлаться отъ мысли, что у нея у самой есть вши. Мысль эта доводила ее почти до самоубійства. Больная успокоилась, поступивъ въ лечебницу, гдѣ она считала себя въ безопасности. Въ другомъ случаѣ одна молодая дѣвушка узнала о томъ, что кухарка ея, съ цѣлью самоубійства, бросилась въ воду. Съ тѣхъ поръ мысль о самоутопленіи неотступно ее преслѣдовала, пока наконецъ эта дѣвушка не помещена была въ больницу. Въ третьемъ случаѣ одна женщина приходила въ сильное раздраженіе отъ того, что ея мужъ сморкается. Одна мысль, что онъ, можетъ быть, сморкается тайкомъ даже по ночамъ, вызывала у нея страшные приступы злости. Въ четвертомъ случаѣ очень интеллигентный фотографъ почувствовалъ склонность къ 12-лѣтней дѣвочкѣ и пожелалъ сдѣлать ее своей женой. Когда отецъ указалъ ему на дверь, онъ попытался достигнуть это силой, почему и былъ доставленъ въ больницу. *Михаилъ Поповъ.*

**Dr Herz**, Ступоръ при душевныхъ заболѣваніяхъ (Stupor bei Geisteskrankheiten. Gyógyászati 1892, № 2, Refer.: Centralblatt f. Nervenheilkunde. 1893, № 1).

Авторъ, на основаніи многочисленныхъ случаевъ, дѣлаетъ описаніе патологій и терапіи ступора. По классификаціи ступора автора можно причислить къ тѣмъ изслѣдователямъ, которые смотрятъ на ступоръ, какъ на симптомокомплексъ, сопровождающій различныя душевныя разстройства. Существуетъ только одна форма ступора, которая измѣняется соотвѣтственно характеру главнаго заболѣванія. Новаго авторомъ ничего не сказано. Для леченія онъ рекомендуетъ долгое время помѣщеніе ступорозныхъ въ заведеніи и содержаніе ихъ въ кровати.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr Kausch**, Къ ученію о періодической параноѣ (Ein Beitrag zur Kenntniss der periodischen Paranoia, Archiv f. Psych. XXIV).

Авторъ описываетъ случай періодической паранои, интересный въ томъ отношеніи, что болѣзнь началась типической періодической меланхоліей. Больная 57 л., съ наследственнымъ предрасположеніемъ. Еще будучи 16 л., она проявила приступъ меланхолиі, которая за тѣмъ повторилась десять разъ съ полугодовыми и годовыми свѣтлыми промежутками. За симъ вдругъ у больной характеръ приступовъ измѣняется: явились рѣзкія галлюцинаціи, особенно слуха, бредъ преслѣдованія и соотвѣтственное безпокойство. Болѣзненные приступы появлялись по прежнему періодически съ различной продолжительности свѣтлыми промежутками. Во время свѣтлыхъ промежутковъ умственные способности были вполнѣ удовлетворительны.

*И. Я. Платоновъ.*

**Prof. Salgo**, Хроническая параноя (Der chronische Wahnsinn. Gyógyászati 1891, 12, 13, 14 etc., Centralblatt für Nervenheilkunde, 1893, № 2).

Авторъ приходитъ къ заключенію, что хроническое Wahnsinn должно быть рассматриваемо, какъ сборное имя душевныхъ разстройствъ, сопровождающихся галлюцинаціями и систематическимъ бредомъ, психозовъ по большей части неизлечимыхъ. Было бы лучше, если бы мы столь различныя по существу болѣзненные состоянія выдѣлили въ особыя группы, такъ какъ подобная группировка могла оказаться очень пригодной въ практическомъ отношеніи. Принципъ дѣленія долженъ заключаться въ содержаніи бредовыхъ идей. Въ про-

дромальномъ стадіѣ хроническаго Wahnsinn появляются различнаго рода соматическія нарушенія, какъ то: головная боль, въ видѣ чувства давленія, сердцебіеніе, нарушеніе пищеваренія и проч. Чувство тяжелаго заболѣванія охватываетъ больныхъ и они начинаютъ переходить отъ врача къ врачу. Чѣмъ дальше, тѣмъ яснѣе выступаютъ явленія психическаго разстройства, — а также подавленное настроеніе духа, раздражительность, бессонница. Первымъ симптомъ нарушенія психики можно считать появленіе ипохондрическаго бреда. Съ появленіемъ фиксированнаго бреда быстро прогрессируетъ душевное разстройство, осложняясь присутствіемъ иллюзій и галлюцинацій. Сначала больные слышатъ только отдѣльныя слова, въ родѣ: „ты собака“, „дуракъ“ и проч. Они думаютъ, что такъ величаютъ ихъ недоброжелатели и потому считаютъ себя оскорбленными и преслѣдуемыми. Дальнѣйшее теченіе различно. Картины болѣзни на столько своеобразны, патологическіе симптомы обладаютъ столь постояннымъ характеромъ, что съ правомъ могутъ считаться отдѣльными формами хроническаго Wahnsinn. Такимъ образомъ можно различать ипохондрическое Wahnsinn, гдѣ всю картину болѣзни представляетъ ипохондрическій бредъ. Въ такихъ случаяхъ нѣтъ ни бреда преслѣдованія, ни величія. Больные считаютъ себя сифилитиками, туберкулезными, табетиками и проч. Иногда они воображаютъ, что одна половина ихъ мертва, или что конечности ихъ составлены изъ стекла, золота, иногда наблюдается извращеніе половъ: мужчина считаетъ себя женщиной и наоборотъ. Часто такіе больные думаютъ, что они одержимы злыми духами, или превратились въ животныхъ. Вторая форма хроническаго Wahnsinn выражается бредомъ преслѣдованія. Она можетъ тянуться безъ измѣненія клинической картины десятки лѣтъ. Третья форма характеризуется присутствіемъ бреда величія. Авторъ отвергаетъ, что въ данномъ случаѣ имѣется какой-нибудь логическій переходъ (Meunert) изъ бреда преслѣдованія и все основываетъ на появленіи галлюцинацій. Хроническое Wahnsinn, по мнѣнію автора, не связано ни съ какимъ возрастомъ жизни, тѣмъ не менѣе можно подмѣтить два maximum'a: между 15—20 годами и между 40—50 лѣтнимъ возрастомъ. Въ молодомъ возрастѣ преимущественно наблюдаются идеи величія, тогда какъ въ преклонномъ картина болѣзни напоминаетъ скорѣе меланхолію.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr. Logaard, Astasi-abasi, Norsk Magasin f. laegevidensk, 1892. (Centralb. f. Nervenheilk. 1893, 5).**

Авторъ описываетъ случай астази-абазии у 10-лѣтняго мальчика съ нервнымъ предрасположеніемъ. Болѣзнь развивалась очень медленно и въ теченіе года существовала безъ всякихъ осложненій въ чистой формѣ паралитической астази-абазии. Въ теченіи трехъ-мѣсячнаго леченія больной совершенно оправился.

*Андрей Поповъ.*

**Prof. Homén, Къ ученію о признакахъ Базедовой болѣзни (Beiträge zur Symptomathologie des Morbus Basedowii, Neurolog. Centralb., 1892).**

Къ общезвѣстнымъ признакамъ данной болѣзни, авторъ причисляетъ перемежающіяся боль, припуханіе сочлененій и дрожь верхняго вѣка. Первое явленіе авторъ наблюдалъ у больной, у которой, на ряду съ другими проявленіями Базедовой болѣзни, появлялась по временамъ боль, припуханіе и чувствительность различныхъ сочлененій, при чемъ однако не было ни красноты, ни флюктуаціи, ни разстройства движеній. Вышеуказанныя припуханія развивались внезапно, безъ всякаго повода, существовали нѣсколько часовъ, или сутки и затѣмъ сами собой исчезали. У той-же больной авторъ наблюдалъ дрожь въ верхнемъ вѣкѣ, какъ только оно опускалось. Это явленіе авторъ находилъ почти у всѣхъ базедовиковъ.

*И. Я. Платоновъ.*

**Dr. Kronthal und Kalischer, Случай прогрессивной хорей (Hereditaria, Huntington) [Ein Fall von progressiver Chorea.—Neurol. Centralbl., 1892, № 19 и 20].**

Авторами сдѣлано превосходное описаніе мозга одной женщины, долгое время страдавшей хореей, которая умерла при паденіи на затылокъ. Изъ патологическихъ измѣненій было найдено: Сращеніе мозговыхъ оболочекъ съ черепомъ и поверхностью мозга, значительное мѣстами утолщеніе богатой сосудами *pia mater*, незначительная атрофія лобныхъ долей; въ коркѣ большое количество отчасти утолщенныхъ сосудовъ съ мелкоклѣточной инфильтраціей; щели и пустоты въ чечевицеобразномъ ядрѣ съ геморрагіей и пигментными образованіями вокругъ утолщенныхъ сосудовъ; кровензліянія въ области выхода п. oculomotorii; пятнистая дегенерация въ обоихъ мозговыхъ ножкахъ; склеротическія бляшки въ сѣромъ веществѣ полостей на высотѣ четверохолмія и подъ нимъ; недо-

статочное развитіе краснаго ядра покрышки; односторонняя легкая дегенерація *facialis*, ядра *n. hypoglos.*, восходящаго пучка *n. trigemini*, *n. funic. teretis*; диффузная дегенерація пирамидныхъ пучковъ въ мозговомъ стволѣ, легкія степени ея въ боковыхъ и переднихъ пучкахъ всего спинного мозга до верхней части поясничнаго; частичная дегенерація внутреннихъ частей голлевскихъ пучковъ; легкая дегенерація клѣточекъ переднихъ роговъ, клѣточекъ Клярковыхъ колоннъ и переднихъ корешковъ спинного мозга, дегенерація въ спайкѣ, средней грудной части спинного мозга; самая легкая дегенерація въ периферическихъ нервахъ и наконецъ недостатокъ хроматогеннаго вещества въ гангліозныхъ клѣточкахъ мозговой корки. При тщательномъ сравненіи съ патологическимъ состояніемъ сообщенныхъ въ литературѣ случаевъ, авторы находятъ, что, на основаніи найденныхъ измѣненій, они не имѣютъ права вывести какое-либо опредѣленное мнѣніе о свойствахъ патологическихъ процессовъ при хорѣ и предоставляютъ это будущимъ гистологическимъ изслѣдованіямъ.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr Forssberg.** Случай „острой ограниченной эдемы“ (*Om Avinckes „acuta circumscripta ödem“*, *Hygiea* 1892, s. 14, *Ref. Centralblatt f. Nervenheil.* 1893, № 2).

58 лѣтняя женщина, раньше ничѣмъ не страдавшая, въ августѣ 1890 году была укушена насѣкомымъ въ тыльную поверхность кисти. На слѣдующій день рука припухла до локтя, а на 3-й до плеча. Одновременно съ этимъ она чувствовала головокруженіе и общее недомоганіе, но черезъ нѣсколько дней поправилась. На 21-й день появилась эдема въ *regio hypogastrica*, которая исчезла черезъ нѣсколько дней. Съ того времени въ продолженіи 14 дней подобные припадки стали появляться въ различныхъ мѣстахъ: на обѣихъ рукахъ и ногахъ (не симметрично), на шеѣ, подбородкѣ, лицѣ. Кожа въ этихъ участкахъ была крайне напряжена, припухшая, просвѣчивающаяся, тверда и мало податлива на ошупь, совершенно нечувствительна. Въ то же время появлялись эдематозные пузырьки отъ горошины до боба величиной съ серозными содержимымъ. Одно время появилась эдема на лицѣ, шеѣ, языкѣ, гортани, такъ что авторъ принужденъ былъ сдѣлать трахеотомию. Весной и лѣтомъ припадки стали рѣже и вообще слабѣе выражены. Этой рѣдкой болѣзни авторъ отыскалъ въ литературѣ 20—25 случаевъ. Продолжительность

заболѣванія отъ 8—10 недѣль до 45 лѣтъ. Интерваллы могутъ быть отъ 2—3 недѣль до 2-хъ лѣтъ. Самъ припадокъ продолжается обыкновенно два дня, иногда только нѣсколько часовъ. Слизистая оболочка желудка можетъ также участвовать въ заболѣваніи. Температура тѣла нормальна; количество мочи во время припадковъ обыкновенно уменьшается. Припадки наступаютъ періодически, и въ свободные промежутки больной совершенно здоровъ. Название „острая и ограниченная“ мало подходитъ. Лучше было бы, если бы ее назвать просто періодической вазомоторной эдемкой.

*Михаилъ Поповъ.*

Dr. Wauke, Къ этиологіи „острыхъ ангионейротическихъ“ или ограниченныхъ кожныхъ эдемъ (Zur Aetiologie des „acuten angioneurotischen“ oder umschriebenen Hautödems. Berlin. Klin. Wochenschr. 1892, № 6).

Авторъ описываетъ 2 случая кожного страданія, состояшаго въ мѣстномъ припуханіи, которое наступало и исчезало внезапно и по большей части ограничивалось какимъ-нибудь опредѣленнымъ мѣстомъ. Первый случай касается 38-лѣтней дѣвушки, которая со стороны матери и отца имѣла тяжелую наследственность и уже около 3-хъ лѣтъ страдала различного рода нейралгіями, сердцебіеніемъ, измѣненіемъ настроенія духа, предсердечной тоской и проч. Въ водолечебницу автора она поступила въ 1889 году, жалуясь на то, что на различныхъ мѣстахъ правой половины головы у нея внезапно появляются припуханія кожи, величиною съ ладонь, достигающія 2—3 cent. высоты, чаще всего на шеѣ и затылкѣ, рѣже на плечѣ и еще рѣже на ногѣ. Припуханія появляются преимущественно послѣ душевныхъ волненій, продолжаются иногда часъ, иногда нѣсколько дней. При улучшеніи общаго нервнаго состоянія уменьшались и означенныя явленія, при ухудшеніи—наоборотъ. Второй случай—40-лѣтній нейрастеникъ. Припуханія наступали внезапно и безъ всякой причины, или послѣ различного рода психическихъ возбужденій, исчезали быстро, или же держались долгое время. Чаще всего они появлялись на конечностяхъ въ окружности суставовъ. Послѣ общаго леченія нейрастеніи (укрѣпляющій режимъ, психическое воздѣйствіе) приступы стали укорачиваться до ничтожныхъ проявленій. За нервную натуру такихъ страданій кожи (центрального происхожденія), по мнѣнію автора, говоритъ слѣдующее: 1) Большое количество случаевъ, гдѣ па-

цієнти обнаруживали легко возбудимую, неустойчивую нервную систему. 2) Наступленіє кожныхъ припуханій послѣ душевныхъ волненій. 3) Заболѣваемость тамъ, гдѣ нервная система поражается по первой линіи, напр., при алкоголизмѣ. 4) Совмѣстность съ другими нервными страданіями (нейралгіями, контрактурами, нервной диспепсіей и проч.). 5) Связь съ другими нейрозами вазомоторнаго происхожденія, какъ *morbus Basedowi*, *urticaria*. 6) Одностороннее появленіє припуханій. 7) Совпаденіє съ такимъ временемъ, когда обыкновенно наступаетъ ухудшеніє нервныхъ явленій, наприм., мѣсячныя, климактерія. 8) Улучшеніє при улучшеніи нервного страданія и укрѣпленіи нервной системы.

*Я. Я. Трутовскій.*

**Prof. Flechsig**, О новомъ способѣ леченія эпилепсїи (*Ueber eine neue Behandlungsmethode der Epilepsie*, *Neurologisches Centralblatt*, 1893, 7).

Способъ проф. Flechsig, который онъ считаетъ наиболѣе дѣйствительнымъ изъ всѣхъ до нынѣ опубликованныхъ, состоитъ въ сочетаніи леченія опіемъ съ леченіемъ бромомъ, при чемъ опійное леченіє предшествуетъ бромистому. Опійное леченіє длится шесть недѣль, начиная съ  $0,05 \times 2-3$  раза *pro die* и увеличивая постепенно до 1 *grm pro die*, прибавляя постепенно по 0,25—0,35. Дошедши въ такихъ дозахъ до шести недѣль, опій внезапно прекращаютъ и замѣняютъ его бромомъ, при чемъ бромъ назначается сначала въ большихъ дозахъ, около 7,5 *grm pro die*,—спустя два мѣсяца такихъ приѣмовъ, постепенно ихъ уменьшаютъ и доходятъ до 2,0 *grm pro die*. Такой внезапный переходъ отъ опія къ бромѣ авторъ считаетъ существеннымъ обстоятельствомъ. Съ переходомъ на бромъ приступы судорогъ обыкновенно прекращаются сразу, тогда какъ въ періодѣ приѣмовъ опія развѣ только наступаетъ ослабленіє пристуновъ. Такимъ образомъ опій въ этихъ случаяхъ является предуготовительнымъ средствомъ и облегчаетъ бромѣ возможно сильнѣйшее его воздѣйствіє. Это мнѣніє авторъ подтверждаетъ многими наблюденіями, при чемъ въ отдѣльныхъ случаяхъ приступы эпилепсїи прекращались иногда послѣ десятка лѣтъ. Этотъ способъ во всѣхъ случаяхъ оказалъ то большее, то меньшее благотворное вліяніє и ни въ одномъ случаѣ не остался безъ послѣдствій.

*Я. Я. Трутовскій.*

**Dr Bense**, Джексоновская эпилепсія при вторичномъ сифилисѣ. (Jackson'sche Epilepsie ten gevolg van secundaire syphilis, *Geneesk Tijdschr. voor Nederl. Indië*, 1892, *Neurologisch. Centralblatt*, 1893).

24 лѣтній солдатъ, безъ патологической наслѣдственности, въ 1887 г. имѣлъ Beriberi и почти въ томъ же году сифилисѣ. Въ мартѣ 1892 г., безъ всякаго повода приступъ эпилепсiи: голова и глаза отведены направо, поражено также и правое плечо. Больной не могъ говорить, но былъ при полномъ сознанiи, видѣлъ и слышалъ все окружающее. Ночью рядъ приступовъ съ потерей сознанiя и общими судоргами. При этихъ приступахъ однако судорги начинались съ праваго плеча и переходили на правую ногу,—позже однако дѣло этимъ не ограничивалось и судорги переходили и на лѣвую ногу. Лѣвая рука сначала вовсе не принимала участiя въ судоргахъ,—позже же нѣсколько подергивалась. Послѣ приступа больной находился въ коматозномъ состоянiи, зрачки расширены, но реагируютъ на свѣтъ. Въ дальнѣйшемъ послѣ приступовъ оставались явленiя афазiи, парафазiи и амнези. При постукиванiи черепа, болѣзненность въ лѣвой сторонѣ надъ ухомъ. Большія дозы КJ уже на второй день уменьшили приступы эпилепсiи, а за тѣмъ и вовсе ее уничтожили.

*Андрей Поповъ.*

**Dr. Jaksch**, Вліяніе нейротомiи симпатическаго нерва на эпилепсiю (Die Neurotomie des Sympathicus in ihrem Einflusse auf die Epilepsie. *Wiener med. Wochenschrift*. 1892, № 16 und 17).

Благопріятные результаты при своихъ операціяхъ авторъ объясняетъ тѣмъ, что онъ раздѣлялъ глубокія волокна симпатическаго нерва. За это говорятъ факты, добытые Roschansky, по которымъ рефлекторное дѣйствіе на сосудистую систему прекращается, если стволъ симпатическаго нерва перевязать между 9 и 10 узломъ у кроликовъ. Если представить себѣ, что перерѣзка шейнаго симпатическаго нерва исключаетъ рефлекторное дѣйствіе, въ основанiи котораго лежитъ болѣзненное раздраженіе грудныхъ и брюшныхъ внутренностей, которыя даютъ себя знать при раздраженiи судоржныхъ центровъ, то дѣйствительно перерѣзка симпатическаго нерва можетъ служить средствомъ для излеченiя рефлекторной эпилепсiи. Чтобы достигнуть этого, нужно перерѣзать шейный симпатическій нервъ выше нижнихъ ганглій и перевязать art. et venam vertebr. en masse передъ вступленіемъ въ шейный артеріальный каналъ.

*Я. Я. Трутовскій.*



**Prof. Obersteiner**, Отношеніе сифилиса къ общему параличу (Die Beziehungen der Syphilis zur progressiven Paralyse, International. klin. Rundschau, 1892).

На основаніи своихъ клиническихъ данныхъ, авторъ нашелъ, что сифилисъ, какъ причинный моментъ въ области душевныхъ болѣзней съ паралитическими явленіями, бываетъ въ 33,7%—t безъ паралитическихъ же явленій только въ 3,4%. Для прогрессивнаго паралича отдѣльно сифилисъ служить причиннымъ моментомъ въ 88,9%. Прогрессивный параличъ является выраженіемъ сифилиса въ позднемъ его періодѣ. Явленія склероза и атрофіи мозга, находимые при сифилитическомъ параличѣ, вполне соответствуютъ таковымъ же явленіямъ въ другихъ органахъ при позднемъ сифилисѣ. Явленія въ мозгу при общемъ сифилитическомъ параличѣ вполне совпадаютъ съ таковыми же при параличѣ вообще. По мнѣнію автора, сифилисъ имѣетъ существенное причинное значеніе при общемъ параличѣ, при чемъ это значеніе бываетъ прямое, такъ какъ dementia paralytica иногда служить проявленіемъ запоздалой формы сифилиса.

*Андрей Поповъ.*

**Dr Dinkler**, О значеніи и дѣйствиіи меркуріальнаго леченія при tabes dorsalis (Ueber Berechtigung und Wirkung Quecksilbercur bei tabes dorsalis, Berliner klinische Wochenschrift, 1893, 15).

Вопросъ о значеніи сифилиса въ области tabes много ослаблялся тѣмъ обстоятельствомъ, что противосифилитическое леченіе, особенно ртутью, случаевъ tabes почти всегда оставалось безъ благопріятныхъ послѣдствій. Erb, въ своей первой работѣ по этому вопросу, высказалъ тотъ взглядъ, что улучшеніе табетическихъ явленій при противосифилитическомъ леченіи, безусловно говоритъ за его сифилитическое происхожденіе,—но, съ другой стороны, отсутствіе такого успѣха въ леченіи никомъ образомъ не говоритъ противъ сифилитическаго происхожденія tabes. Въ дальнѣйшемъ дѣло не ограничилось однимъ только статистическимъ и клиническимъ данными, а и патологическая анатомія выступила въ защиту теоріи Fournier—Erb'a, доказавъ во многихъ случаяхъ связь сифилитическаго процесса съ пораженіемъ заднихъ пучковъ спинного мозга у типическихъ табетиковъ. Съ этими этиологическими и патолого-анатомическими данными не вяжется леченіе Hg и J, по взгляду большинства и врачей и клиницистовъ. Rumpf на съѣздѣ въ Страсбургѣ высказалъ, что

онъ въ случаяхъ не специфическихъ *tabes* наблюдалъ улучшение отъ примѣненія фарадической кисточки,—въ случаяхъ же *tabes* на специфической почвѣ, онъ видѣлъ благопріятные результаты отъ примѣненія Hg и общей фарадизаціи. Кроме того, явленія *tabes* онъ наблюдалъ преимущественно у тѣхъ сифилитиковъ, у которыхъ вторичныя явленія сифилиса были очень слабы и потому противосифилитическое лечение очень недостаточное. Hammond и Schulz такъ же видѣли хорошіе результаты при *tabes* отъ леченія Hg и KJ. Eisenlohr подтверждаетъ мнѣніе Fournier и Rumpf'a о благопріятномъ лечебномъ дѣйствіи Hg при *tabes*; если иногда при этомъ наблюдалось отсутствіе лечебнаго успѣха и даже отрицательное вліяніе, то это не должно препятствовать дальнѣйшему примѣненію Hg при *tabes*. Во всякомъ случаѣ онъ во всѣхъ свѣжихъ случаяхъ *tabes* видѣлъ благопріятный успѣхъ отъ примѣненія Hg и KJ. Того же мнѣнія держится Benedikt и Strümpell. Подобный успѣхъ специфическаго леченія при *tabes* заявленъ нѣкоторыми французскими врачами, какъ: Fournier, Dieulafoy и Gaucher, а также Ахенскими Raymond и Meyer. Только одинъ проф. Тарновскій рѣзко выступаетъ противъ примѣненія этого леченія. По его мнѣнію, въ основѣ *tabes* лежитъ наслѣдственное предрасположеніе. Дѣйствіе сифилиса въ этихъ случаяхъ выражается ослабленіемъ нервной системы, уже къ тому предрасположенной, и специфическое лечение не только не укрѣпитъ больного, а еще больше ослабитъ и поведетъ къ дурнымъ послѣдствіямъ. Такимъ образомъ, по мнѣнію Dinkler'a, проф. Тарновскій вмѣсто извѣстнаго этиологическаго момента вводитъ нѣчто неизвѣстное: вмѣсто сифилиса ставитъ X, и не только не выясняетъ вопроса, а затемняетъ его, jedenfalls ist das schon a priori nicht als eine gesunde Idee zu bezeichnen, durch Erschwerung einer Frage zu ihrer Lösung beizutragen. Въ виду выясненія вопроса о вліяніи ртутнаго леченія на теченіе *tabes*, авторъ воспользовался многочисленнымъ матеріаломъ проф. Erb'a, больныхъ котораго можно было наблюдать довольно долгое время. Такихъ больныхъ за послѣднее время было 71. Ихъ авторъ дѣлитъ на три категоріи: 1) получившіе значительное улучшение отдѣльныхъ проявленій болѣзни, 2) такіе, у которыхъ значительнаго улучшенія нельзя было наблюдать и 3) у которыхъ болѣзнь продолжала развиваться. На 71 больныхъ первыхъ было 58, вторыхъ 11 и третьихъ 2. Авторъ приводитъ краткія исторіи всѣхъ этихъ больныхъ. На осно-

ваніи этихъ изслѣдованій авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: ртуть никакъ нельзя признать специфическимъ средствомъ противъ tabes; но она не только не является вреднымъ средствомъ въ этихъ случаяхъ, а, напротивъ, весьма часто весьма полезнымъ.

*Я. Я. Трутовскій.*

**Dr Redlich**, Къ ученію объ измѣненіяхъ спинного мозга послѣ ампутацій (*Zur Kenntniss der Rückenmarksveränderungen nach Amputationen*, Centralblatt. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie, 1893, № 1).

Авторъ ампутировалъ верхнюю часть бедра 6-ти молодымъ свинкамъ, изъ которыхъ 2 было новорожденныхъ. Эту операцію животныя переносили очень легко и заживленіе происходило *per primam*. Затѣмъ онъ умерщвлялъ ихъ въ различные сроки (отъ 17 до 76 дней). На микроскопическихъ препаратахъ поясничной и крестцовой части спинного мозга, именно тамъ, гдѣ начинаются нервы ампутированной конечности, въ переднихъ корешкахъ всегда замѣчается ипожество черныхъ (при обработкѣ способомъ *Marchi*) зернышекъ, ряды которыхъ идутъ отъ передняго рога къ периферіи. На сторонѣ, противоположной ампутированной, такіа зернышки или совсѣмъ не встрѣчаются, или только у тѣхъ животныхъ, которыя были умерщвлены сравнительно долгое время спустя послѣ операціи. Въ остальныхъ частяхъ спинного мозга никакихъ измѣненій не наблюдалось. Авторъ, на основаніи этого, думаетъ, что дегенерація наступаетъ въ обѣихъ сторонахъ на мѣстѣ проникновенія двигательныхъ нервовъ, слабѣе въ центральныхъ участкахъ, и захватываетъ только часть волоконъ. Продукты распада со временемъ резорбируются и исчезаютъ. Двигательныя гангліозныя клѣтки распаденію не подвергаются. Дегенеративные процессы въ заднихъ корешкахъ отступаютъ на задній планъ. Несомнѣнныя измѣненія въ нихъ однако наблюдаются, но только спустя сравнительно долгое время, 1—2 мѣсяца, и начинаются съ спинальных узловъ. Наблюденія надъ препаратами мозговъ взрослыхъ людей, подвергавшихся ампутаціи, подтвердили вышесказанные опыты и привели автора къ заключенію, что послѣ ампутацій конечностей въ спинномъ мозгу происходятъ двоякаго рода измѣненія: съ одной стороны настоящая дегенерація двигательныхъ путей, а съ другой—простая атрофія соотвѣтствующей половины мозга.

*Михаиль Поповъ.*

**Dr B. Schlesinger**, Къ анатомическому діагнозу прогрессивнаго паралича на основаніи гистологическаго изслѣдованія спинного мозга (Ein Beitrag zur anatomischen Diagnose der progressiven Paralyse aus den Rückenmarksbefund. Centralb. für Nervenheilk., 1892).

Авторъ произвелъ микроскопическое изслѣдованіе шейной части спинного мозга, при чемъ уклоненія отъ нормы ограничивались только бѣлымъ веществомъ; сѣрое вещество и нервные корешки уклоненій не обнаруживали. — Патологическія измѣненія заключались въ слѣдующемъ: уже невооруженнымъ глазомъ, еще яснѣе при увеличеніи въ лупу (5 разъ), въ боковыхъ пирамидальныхъ путяхъ можно было замѣтить отлчіе отъ нормы по болѣе свѣтлой окраскѣ и по приѣшиванію желтобурой окраски къ свѣтлоголубой; кромѣ того боковой пирамидальный путь былъ пронизанъ многими неокрашенными прозрачными точками и штрихами. — При увеличеніи въ 90 разъ видно, что извѣстныя измѣненія окраски происходятъ отъ того, что на многихъ мѣстахъ нервныя волокна отсутствуютъ и никакая другая ткань не заступаетъ ихъ мѣста. Въ центрѣ этихъ прогалинъ видны вдоль и поперекъ расположенные капилляры съ ихъ ядрами. Размноженіе послѣднихъ также мало замѣтно, какъ и размноженіе нейроглии; желтобурая окраска нейроглии выступаетъ яснѣе только потому, что голубая окраска нервной субстанции на большомъ пространствѣ выпала. При сильномъ увеличеніи картина существенно не измѣняется. — Нервныя волокна наблюдаются въ различныхъ стадіяхъ разрушенія, главнымъ же образомъ процессъ состоитъ въ недостаткѣ многочисленныхъ нервныхъ волоконъ безъ всякой ихъ замѣны. — Такой же процессъ можно было наблюдать въ лѣвомъ боковомъ пирамидальномъ пути и въ заднебоковомъ пути. — Въ средне-пирамидальномъ пути лѣвомъ все вышеописанное особенно замѣтно въ задней его части. — Правый передне-пирамидальный пучекъ въ центральной своей части не обнаруживаетъ никакихъ уклоненій. — Периферическая часть лѣваго передне-пирамидальнаго пути — вся охвачена „краевой дегенераціей“. „Краевая дегенерація“. При проходящемъ свѣтѣ уже невооруженнымъ глазомъ, еще яснѣе при лупѣ (5 разъ), видна вся окружность поперечнаго разрѣза какъ неразорванное желтое прозрачное кольцо, которое простирается до того мѣста, гдѣ видѣруются въ существо мозга поверхностныя и глубокія борозды. У *fissura longit. poster.* оно оканчивается, не видѣясь въ *ea septum*, тогда какъ въ области *fiss. longitud. anter.* оно

вступаетъ съ обѣихъ сторонъ въ медіальныя края переднихъ пирамидальныхъ путей, но только до середины, такъ что впереди центра половина этого пути остается нетронутой. При увеличеніи 50 и 90 явствуетъ, что причина желтаго окрашиванія кольца есть полнѣйшее выпаденіе всѣхъ нервныхъ волоконъ въ его области. Изъ многихъ густо расположенныхъ другъ подлѣ друга голубыхъ круговъ, каковыми эти послѣдніе представляются при окраскѣ Weigert'a, только нѣкоторые сохранились, на большинствѣ же препаратовъ ихъ не было, при чемъ ихъ мѣсто было неузнаваемо и все красное кольцо состояло изъ желто-бурой или желто-сѣрой густой сѣтчатой ткани, очень похожей по строенію на ретикулярную ткань, съ весьма многочисленными свѣтло или темно-коричневыми, а на нѣкоторыхъ препаратахъ даже и черными точками внутри отдѣльныхъ петель. Рядомъ съ этимъ наблюдались многочисленные капилляры. Ширина колецъ измѣнчива. На нѣкоторыхъ изъ нихъ находятся отдѣльныя мѣста, гдѣ нервная ткань непосредственно касается периферическаго сѣраго корковаго вещества. Далѣе видно, что желтое кольцо кончается не рѣзко, а повсюду замѣчается переходъ. Ткань краеваго пояса представляетъ въ общемъ три различныхъ картины: прежде всего бросаются въ глаза многочисленные расширенныя, идущіе радіально отъ периферіи, сосуды, которые, сами по себѣ, а также и ихъ окрестность наполнены многочисленными бѣлыми кровяными шариками. Поддерживающая ткань представляется довольно широко-петливой, подобно нормальной нейроглии, но болѣе густо сплоченной и именно вблизи кровеносныхъ сосудовъ богато пронизана ядрами, окрашенными отчасти въ свѣтложелтый цвѣтъ, отчасти въ темно-коричневый, многія же въ черный цвѣтъ. Вторая картина совершенно походитъ на ретикулярную соединительную ткань лимфатической железы. Третья картина имѣетъ видъ обыкновенной фибриллярной соединительной ткани. Почти на всѣхъ препаратахъ какъ въ вентральномъ, такъ и на дорзальномъ краѣ висятъ остатки внутренней пластинки ріае со многими маленькими сосудами и капиллярами. Какъ эти послѣдніе, такъ и ткань ріае пронизаны многочисленными лейкоцитами. Найденная въ этомъ случаѣ красная дегенерация отличается отъ описанныхъ до сихъ поръ при параличѣ и *tabes* тѣмъ, что она во-первыхъ охватываетъ всю периферію поперечнаго разрѣза и во-вторыхъ не можетъ быть отнесена въ топографическомъ отношеніи къ имѣющемуся на лицо не-

сомнінному системному заболѣванію. Авторъ полагаетъ, что въ приведенномъ случаѣ краевыя дегенераціи суть воспалительнаго характера и представляютъ разлитой хроническій мізломенингитъ и что вся болѣзнь въ данномъ случаѣ была слѣдствіемъ одного и того же вреднаго начала. Матеріалъ подготавлился медленно и постепенно до тѣхъ поръ, пока, неожиданно вспыхнувъ, уничтожилъ всю центральную нервную систему.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Ballet**, Бредъ преслѣдованія съ систематическимъ развитіемъ (*Le delire persécution à evolution systematique, Progres medical*, 1892).

Магнанъ дѣлитъ эту форму болѣзни на два вида: хроническій бредъ съ систематическимъ развитіемъ (*rapports complets Möbius'a*) и бредъ дегенератовъ. Первый отличается тѣмъ, что онъ является у людей, неотягощенныхъ наслѣдственнымъ предрасположеніемъ, зрѣлаго возраста и протекаетъ систематически всѣ четыре періода: подозрительности, преслѣдованія, величія и слабоумія; тогда какъ бредъ дегенератовъ проявляется у людей съ тяжелымъ нервнымъ предрасположеніемъ, во всякомъ возрастѣ, разнообразными бредовыми идеями безъ системы и безъ всякихъ галлюцинацій,—начинается болѣзнь почти всегда внезапно и больные имѣютъ массу проявленій физическаго и психическаго вырожденія. Ballet не можетъ согласиться съ этимъ дѣленіемъ. По его мнѣнію, между этими двумя, рѣзко разграниченными, формами существуетъ масса переходныхъ формъ, которыя дѣлаютъ классификацію Магнанъа несостоятельною.

*А. О. Поповъ.*

**Dr Raymond et Serieux**, Базедова болѣзнь и психическое вырожденіе (*Goitre exophthalmique et dégénérescence mentale, Revue de medecine*, 1892).

Появленіе душевныхъ разстройствъ при Базедовой болѣзни—явленіе довольно частое. Такъ, еще Basedow указалъ на появленіе меланхоліи при данной болѣзни,—тоже наблюдали Savage, Callin, Ioffroy, Seglas и Toulouse,—манію наблюдали Macdonell, Jung, Laehr и Rendu,—съ систематизированнымъ и галлюцинаторнымъ бредами—Baedecker, Boettger, Arnaud и Escat,—съ истеріей—Graves, Bruck, Joffroy, Teissier и Ballet,—съ эпилеціей—Gildmeister, Robertson, Delasiauve и Seglas,—съ нейрастеніей—Boeteau и Regis. Авторы приводятъ четыре случая Базедовой болѣзни, въ которыхъ нервная бо-

лѣзнь сочеталась съ душевнымъ разстройствомъ, преимущественно въ формѣ дегенеративнаго психоза: идеи преслѣдованія, мистицизмъ, психическая спутанность, явленія эмотивнаго состоянія и проч. Такая близкая связь и соотношеніе нервнаго и душевнаго заболѣванія невольно порождаютъ вопросъ: не существуетъ ли особаго психоза, который бы являлся отличительнымъ для данной формы болѣзни, а слѣдовательно, и зависящимъ отъ той или другой опредѣленной причины? Тщательное изученіе подобныхъ случаевъ показываетъ, что психическое заболѣваніе при Базедовой болѣзни не составляетъ чего либо специфическаго въ этомъ отношеніи, хотя почти всегда психическія явленія носятъ на себѣ отпечатокъ вырожденія. Это не можетъ показаться чѣмъ-нибудь страннымъ, такъ какъ почти во всѣхъ случаяхъ Базедовой болѣзни можно бываетъ установить неиропатологическую наслѣдственность.

*Я. Я. Трутовскій.*

**Dr Berger**, Слезливость въ Базедовой болѣзни (*Du larmoiement dans le goitre exophtalmique*, Bulletin medical, 1893).

Авторъ описываетъ два случая Базедовой болѣзни, въ которыхъ первымъ признакомъ заболѣванія явилась слезливость или слезоточивость; только впослѣдствіи развились основныя явленія Базедовой болѣзни. Усиленіе различныхъ отдѣленій при Базедовой болѣзни явленіе нерѣдкое,—такъ, наблюдаются при данной болѣзни чисто нервнаго свойства поносы,—тоже можно сказать и поліурія и проч. Слезливость здѣсь также можетъ являться слѣдствіемъ усиленнаго отдѣленія *gl. lacrimalis*.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Kjellmann**, Два случая эпилептиформныхъ приступовъ вслѣдствіе пораженія носовой полости, *Hugiea*, 1893, *Revue neurologie*, 1893, 9.

Авторъ приводитъ два случая эпилепсіи, изъ которыхъ въ одномъ была общая эпилепсія, а въ другомъ выражающаяся преимущественно въ верхней лѣвой конечности,—вслѣдствіе пораженія носовой полости. Надлежащее мѣстное леченіе ограниченныхъ органическихъ пораженій полости носа оказало вполне благопріятное воздѣйствіе и на самую эпилепсію. Авторъ нашелъ въ литературѣ 15 подобныхъ случаевъ.

*В. А. Тихомировъ.*

**Prof. Charcot**, Случай перемежающейся хромоты вследствие артеріальной облитерации, вѣроятно, сифилитическаго происхожденія (Sur un cas de claudication par obliteration arterielle probablement d'origine syphilitique, Bulet. médic. 1891).

У 52 лѣтней женщины при ходьбѣ внезапно явились боли въ икрахъ, ноги подкосились и она должна была сѣсть. Къ этому присоединились контрактуры. Всѣ эти явленія при покоѣ очень скоро проходили, но при всякой попыткѣ идти—появлялись вновь. Такъ дѣло длилось 9 мѣсяцевъ. Причину этого явленія авторъ видитъ въ уменьшеніи просвѣта и облитерации артеріальныхъ сосудовъ заболѣвшихъ частей тѣла. Подобныя явленія встрѣчаются при angina pectoris во время артеріосклероза сосудовъ сердца—и при дизлексии—въ видѣ уменьшенія просвѣта сосудовъ ограниченной области мозговой корки. Диагнозъ этого болѣзненнаго состоянія легко ставится на основаніи измѣненія артерій даннаго органа. Весьма серьезно это явленіе въ смыслѣ предсказанія, такъ какъ при немъ легко можетъ наступить омертвеніе органа. Въ основѣ этого страданія очень часто лежитъ сифилисъ, что доказывается и побочными явленіями въ организмѣ; посему при леченіи авторъ совѣтуетъ энергичное примѣненіе противосифилитическихъ средствъ.

*Андрей Поповъ.*

**Dr Lor и Lachaux**, Нервные расстройства, послѣдовательныя за отравленіемъ сѣрнистымъ углеродомъ (Des troubles nerveux consecutifs à intoxication chronique par le sulfure de carbone, Gazette hebdomadaire, 1893).

Наблюденія показали, что, при каучуковыхъ работахъ съ сѣроводородомъ, многіе рабочіе подвергаются отравленію и заболѣванію, между прочимъ, нервной системы. Въ этой области наблюдаютъ: изрѣдка геміанестезіи, а также мѣстныя анестезіи то одновременно съ частичными гиперестезіями, то отдѣльно,—со стороны глазъ—суженіе поля зрѣнія, а также макросіи и микросіи,—острота слуха уменьшена; въ двигательной области: парезы, параличи, спазмъ лица, конвульсіи и эпилептическіе приступы (Delpech). Со стороны мыслительной наблюдали какъ явленія подавленности, такъ и состоянія маниакальнаго возбужденія; рядомъ съ этимъ: непокойный сонъ, кошмары, галлюцинаціи зрѣнія и слуха и во всѣхъ случаяхъ ясное и прогрессивное ослабленіе памяти. Иногда замѣчаются табетическія явленія какъ въ конечностяхъ, такъ и въ рѣчи (Berbez). Предсказаніе при этой болѣзни не вполне неблагоприятно, особенно если эта болѣзнь захвачена была своевременно и приняты надлежащія мѣры.

*Андрей Поповъ.*



**Dr Pellizzi**, Инфекціонное происхождение гематомы уха у помѣшанных (Origine infectieuse de l'haemathome de l'oreille des aliénés, Annal. de psych. et d'hypnol., 1893).

Авторъ, на основаніи клиническихъ, анатомическихъ, бактериологическихъ и экспериментальныхъ данныхъ, приходитъ къ тому положенію, что гематома уха у помѣшанныхъ, своимъ происхожденіемъ, обязана заразѣ. Въ пяти случаяхъ онъ наблюдалъ, какъ причину болѣзни, цѣпчатого микрокока, въ 4—10 звѣньевъ, похожаго на рожистаго стрептокока и цитогеннаго стрептокока. Форма болѣзни не имѣла особеннаго значенія въ смыслѣ способствованія появленію гематомы, — равно какъ и послѣдняя не имѣла особеннаго значенія для предсказанія въ теченіи психоза. Противъ этого болѣзненнаго состоянія авторъ предлагаетъ обильныя промыванія антисептическими средствами.

*Андрей Поповъ.*

**Dr Nageotte**, Tabes et paralysis generalis, 1892.

По мнѣнію автора, tabes dorsalis и paralysis generalis сочетаются между собою не менѣе какъ въ  $\frac{2}{3}$  всѣхъ случаевъ. Это сочетаніе можетъ происходить какъ между всѣми формами tabes, такъ и между всѣми формами общаго паралича. Нерѣдко случается, что къ начальнымъ явленіямъ tabes присоединяется прогрессивный параличъ, который затѣмъ настолько сильно развивается, что за его клинической картиной tabes становится совершенно незамѣтной. Бываетъ и такъ, что въ теченіи прогрессивнаго паралича табетическія явленія настолько усиливаются, что спинныя явленія занимаютъ въ картинѣ болѣзни первое мѣсто. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ черепно-мозговое пораженіе при tabes присоединяется только послѣ очень долгихъ лѣтъ существованія болѣзни. Наконецъ, иногда табетики умираютъ съ вполне сохраненными умственными способностями, — вскрытіе же обнаруживаетъ пораженія, свойственныя общему параличу. Обратное теченіе также наблюдается очень часто, при чемъ паралитическія явленія настолько затемняютъ tabes, что о послѣднихъ свидѣтельствуегъ только вскрытіе. Можно наблюдать, хотя и не часто, что прогрессивный параличъ и tabes идутъ въ своемъ теченіи и развитіи параллельно. Патологическая анатомія того и другого заболѣванія совершенно однородны и составляютъ обычную картину совмѣстнаго развитія. Въ производствѣ этихъ болѣзней нѣкоторое значеніе имѣютъ предрасполагающія причины, какъ наслѣдственность и проч., — но главную

роль должно отдать вызывающей причинѣ, именно сифилису, которая существенное значеніе имѣетъ какъ для общаго паралича, такъ и для *tabes*. Сухотка и общій параличъ, имѣя одну и ту же причину, слишкомъ часто появляются совмѣстно и слишкомъ въ разнообразнѣйшихъ сочетаніяхъ встрѣчаются другъ съ другомъ, чтобы признать въ этихъ случаяхъ только лишь простую компликацію одной болѣзни другою, или простое сочетаніе ихъ. Будетъ несравненно правильнѣе принять, что это есть одна и та же болѣзнь, только въ различныхъ случаяхъ проявляющаяся различно, въ зависимости отъ большаго сосредоточія пораженія въ томъ, или другомъ мѣстѣ центральной нервной системы.

*Андрей Поповъ.*

**Dr Dengler**, Сифилисъ и общій параличъ (*Syphilis et paralysie generale*, 1893).

Изложивъ историческій очеркъ развитія ученія объ отношеніи сифилиса къ общему параличу, авторъ приводитъ краткія исторіи болѣзни проф. *Spillmann'a*, а также исторіи болѣзни изъ частной практики того же профессора. На основаніи этихъ данныхъ оказывается, что сифилисъ въ общемъ параличѣ взрослыхъ является въ 93%, а въ общемъ параличѣ ранняго возраста—въ 93,3%, при чемъ въ послѣднихъ случаяхъ сифилисъ является наслѣдственнымъ. Поэтому авторъ считаетъ себя въ правѣ сдѣлать тотъ выводъ, что общему параличу въ огромнѣйшемъ большинствѣ случаевъ предшествуетъ сифилисъ и этотъ сифилисъ служитъ главною и существеннѣйшею причиною общаго паралича. Обращаясь къ другимъ причинамъ общаго паралича, авторъ останавливается на наслѣдственности. Наслѣдственность въ развитіи общаго паралича дѣйствительно играетъ нѣкоторую роль. Но дѣло въ томъ, что это понятіе слишкомъ широко и въ немъ нужно для данной болѣзни рѣзко выдѣлились наслѣдственный сифилисъ, который во многихъ случаяхъ и играетъ роль этиологическаго момента для общаго паралича (*Ziehen*). Затѣмъ авторъ обращаетъ вниманіе на то, что между женщинами заболѣванію общимъ параличемъ подвергаются наичаще публичныя женщины. Почему это такъ? Правда у нихъ можно наблюдать часто явленія вырожденія,—но оно не имѣетъ ничего общаго съ общимъ параличемъ. Умственное переутомленіе у нихъ также не можетъ имѣть серьезнаго значенія. Остается допустить частое существованіе у нихъ сифилиса,—что есть и на самомъ дѣлѣ. Изъ другихъ занятій—военная служба

даетъ большой процентъ заболѣванія общимъ параличемъ,— опять таки въ силу частаго зараженія сифилисомъ. За то лица духовнаго званія рѣдко подвержены зараженію сифилисомъ и у нихъ очень мало встрѣчается общій параличъ. Затѣмъ авторъ обращаетъ вниманіе на то обстоятельство, что жены мужей сифилитиковъ нерѣдко заболѣваютъ общимъ параличемъ вмѣстѣ съ мужьями (Ziehen, Mendel, Westphal, Evrard, Cullerre, Asker, Morel-Lavalée). Авторъ отгнѣняетъ то явленіе, что у тѣхъ лицъ, кои заболѣваютъ въ послѣдствіи общимъ параличемъ и вообще сифилисомъ нервной системы, очень часто первичныя и вторичныя явленія бываютъ очень слабо выражены (*bénigne*),—за то третичныя явленія очень тяжелы и не поддаются леченію специфическими средствами. Это послѣднее явленіе авторъ объясняетъ слѣдующимъ образомъ: сифилисъ есть болѣзнь заразная, при чемъ заразнымъ началомъ служатъ живыя существа. Эти живыя организмы развиваютъ особый токсинъ, который и служитъ причиною заболѣванія общимъ параличемъ. Іодъ и ртуть, губительно дѣйствующіе на живые организмы, производящіе припуханіе лимфатическихъ железъ, періоститы и проч., не дѣйствуютъ на токсины, производящіе общій параличъ и *tabes*, а слѣдовательно и на данныя болѣзни.

*П. И. Ковалевскій.*

**Dr Kuffner**, Къ патологической анатоміи идиотіи (*Prispevek ku pathologicke anatomii idiotie, Carosis lékaři českých, 1893, Revue neurologique, 1893, 9*).

Авторъ описываетъ случай идиотіи съ первыхъ лѣтъ дѣтства, осложненной афазіей, при чемъ наблюдались разстройства движенія и обычная психическая депрессія. При макроскопическомъ изслѣдованіи не найдено ничего особеннаго, за исключеніемъ обоюдосторонней облитераціи заднихъ роговъ боковыхъ желудочковъ. За то микроскопическія изслѣдованія дали очень серьезныя измѣненія во всѣхъ частяхъ мозга. Нейроглія и сосуды представляли измѣненія, о которыхъ уже раньше писали Marchand, Köster, Pilliet и др., и которыя обнаруживали явленія хроническаго разлитого воспаленія. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ это болѣзненное состояніе было видимо даже при грубомъ обзорѣ. Что касается нервныхъ клѣтокъ, то авторъ не нашелъ въ нихъ подходящихъ измѣненій, такъ какъ онѣ въполнѣ сохраняли и свою форму и свои характерныя особенности. Что касается нервныхъ волоконъ, то авторъ нашелъ во всѣхъ частяхъ ихъ измѣненія. Эти измѣненія со-

стояли частью въ задержкѣ развитія, частью въ явленіяхъ перерожденія,—и то и другое вслѣдствіе воспалительныхъ явленій въ раннемъ возрастѣ. Количество нервныхъ волоконъ было уменьшено въ супрадиарной системѣ и мало нарушено въ тангенціальной. Весьма вѣроятно, что супрадиарныя волокна по ихъ развитію и существу представляютъ менѣе сопротивленія, чѣмъ волокна узловъ; ихъ отсутствіе въ различныхъ психическихъ расстройствахъ указываетъ на ихъ болѣе высшее назначеніе въ душевной дѣятельности. Афазическія расстройства объясняются измѣненіями въ *insula Reilii*, *operculum* и въ первой лѣвой височной извилинѣ.

*Андрей Поповъ.*

**Dr R. Colella**, Гистологическія измѣненія мозговой коры при нѣкоторыхъ психическихъ болѣзняхъ (*Alterations histologiques de l'écorce cérébrale dans quelques maladies mentales*, Ac. des Sciences, 1893).

На основаніи своихъ наблюденій, авторъ дѣлаетъ слѣдующіе выводы: 1) При прогрессивномъ параличѣ, сифилитическаго происхожденія, гистологическія измѣненія наблюдаются въ кровеносныхъ сосудахъ, нейроглическихъ клѣткахъ, целлюлярной протоплазмѣ и въ протоплазматическихъ отросткахъ нервныхъ элементовъ, при чемъ отростки разрушаются позже всего. 2) При *dementia paralytica* алкогольнаго происхожденія бываетъ ясно замѣтна гипертрофія паутино-образныхъ клѣтокъ и различныя фазы регрессивныхъ измѣненій питанія нервныхъ отростковъ, а также и рудиментарныя измѣненія въ протоплазматическихъ образованіяхъ. Сосуды иногда встрѣчаются неповрежденными. 3) При алкогольномъ психозѣ гисто-патологическое изслѣдованіе даетъ картину паренхиматознаго измѣненія нервныхъ отростковъ съ едва замѣтнымъ измѣненіемъ гангліозныхъ тѣлъ и протоплазматическихъ развѣтвленій. Нейроглія и сосуды остаются неповрежденными.

*В. А. Тихомировъ.*

**Prof. Marie**, Сифилитическій міэлитъ (*Myélite syphilitique*, Sem. med. 1893).

Леченіе, предпринимаемое противъ первыхъ приступовъ сифилиса, оказываетъ ли вліяніе на дальнѣйшее появленіе сифилиса мозга? На это пытались отвѣтить отрицательно, когда обращали вниманіе на тѣхъ больныхъ, которые всегда тща-

тельно слѣдили за своимъ здоровьемъ, примѣняя противусифилитическое леченіе, и, не смотря на это, получали сифилисъ мозга такой же тяжелой формы, какъ и субъекты, не подвергавшіеся никакому леченію. По мнѣнію Boullouche'a, сифилисъ мозга долженъ быть вдвое чаще у лицъ плохо лечившихся. Что касается пола, то женщины гораздо меньше подвергаются заболѣванію, нежели мужчины: здѣсь наблюдается полная аналогія съ тѣмъ, что бываетъ при *tabes*.—Происходитъ ли это отъ пола, или отъ того, что сифилисъ чрезвычайно рѣдко (?) встрѣчается у женщинъ—вопросъ остается открытымъ. Наслѣдственный сифилисъ можетъ также оказывать свое дѣйствіе на мозгъ; неизвѣстно какъ часто, но правдоподобно, что господство его увеличивается съ увеличеніемъ нашихъ знаній; при этой формѣ сифилиса мозга поражаются преимущественно задніе пучки спинного мозга, но не исключительно; пораженія бывають скорѣе разлитыя. По Siemerling'у поражается всегда совмѣстно спинной мозгъ съ головнымъ. Что касается причинныхъ моментовъ, какъ-то: травмы, венерическихъ или другихъ эксцессовъ, переутомленія, нравственнаго потрясенія и т. п., то съ точностью невозможно опредѣлить ихъ роль въ этиологій сифилиса мозга.—Marie предполагаетъ, что та или другая изъ приведенныхъ причинъ можетъ дѣйствовать предрасполагающимъ образомъ для развитія специфическаго заболѣванія мозга. Придерживаясь такого мнѣнія, Marie приводит случай, сообщенный имъ Fournier: дѣло касается одного стараго сифилитика, который заболѣлъ специфическимъ мізлятомъ со смертельнымъ исходомъ послѣ быстрой ѣзды на велосипедѣ изъ Парижа въ Amiens. Работы, произведенныя за послѣднее время въ лабораторіи Bouchard'a, кое что открыли относительно связи различныхъ причинныхъ моментовъ и въ частности подорванности съ заразительными болѣзнями, но положительнаго пока еще ничего неизвѣстно.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Babinski**, Соединеніе истеріи съ органическими пораженіями нервной системы, нейрозами и различными другими заболѣваніями (*Association de l'hystérie avec les maladies organiques de système nerveux, les névroses et diverses autres affections, Soc. med. des Hôpit., 1892*).

Истерія можетъ комбинироваться съ различными болѣзнями (склерозъ en plaques, *tabes*, сирингомізілія, болѣзнь Morgan'a, Поттова болѣзнь, *paralysis facialis*, первичная міотанія, ней-

растенія, агорафобія, ономаманія, хорія, morbus Basedowi и т. п.). Если небольшая травма, эмоція или какая нибудь незначительная причина въ состояніи вызвать у индивида, до тѣхъ поръ здороваго, истерическій приступъ, то естественно, что органическое или динамическое пораженіе нервной системы, при существующемъ патологическомъ состояніи, могутъ вызвать подобный же эффектъ, почему сочетаніе истеріи съ другими болѣзнями и бываетъ довольно часто. Сочетаніе это можетъ быть просмотрѣно или когда истерическія явленія занимаютъ первое мѣсто и такимъ образомъ маскируютъ другое совмѣстное заболѣваніе, или когда послѣднее совершенно затемняетъ картину истеріи, что часто имѣетъ мѣсто при такъ называемой малой истеріи. Благодаря этому, часто бываютъ ошибки какъ въ терапіи, такъ и въ діагнозѣ болѣзни. Въ своей статьѣ авторъ приводитъ нѣсколько случаевъ комбинированной истеріи. У перваго больного истерія была вмѣстѣ съ спазматической органической гемиплегіей; имѣлась контрактура, усиленіе сухожильныхъ рефлексовъ, эпилептоидная дрожь ноги, сенсоріальная истерическая геміанестезія, которая прошла довольно быстро послѣ прикладыванія магнита. Во второмъ случаѣ былъ разлитой менинго-энцефалитъ съ затрудненіемъ рѣчи, дрожью въ верхней губѣ, упадкомъ интеллекта, зрачковыми расстройствами, паралегіей и истерической астазіей. Въ третьемъ случаѣ авторомъ описывается paralysis facialis, наступившій послѣ фрактуры скалистой кости. Истерія характеризовалась двигательными расстройствами, пьяной походкой, головокруженіемъ и т. п. Всѣ явленія истеріи исчезли послѣ внушенія. Четвертый случай сводится на периферическій нейритъ: молніеносныя боли, симптомъ Вестфалъ, диплопія, парезъ и анестезія всѣхъ конечностей, задержаніе мочи истерическаго характера. Всѣ истерическія расстройства прошли подъ вліяніемъ гипноза. Пятый больной былъ разомъ нейрастенникъ и истеричный: ощущеніе каски, умственная и физическая депрессія, сонливость, агорафобія. У этого больного внушеніе произвело значительное улучшеніе. Въ другихъ случаяхъ, описанныхъ авторомъ, истерія наблюдалась съ гнойнымъ циститомъ, одинъ разъ съ цервикальнымъ эндометритомъ и разъ съ туберкулезной коксалгіей и, наконецъ, у послѣдняго больного съ scapulo-humer-g'альнымъ артритомъ. Истерическія явленія проходили послѣ электризаціи и внушенія.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Camuset**, Объ измѣненіи психическаго состояніи при нѣкоторыхъ душевныхъ заболѣваніяхъ подъ вліяніемъ холеры (*Des modifications dans l'état mental de certains aliénés atteints de cholera. Annal. med. psych.*, 1892).

Тяжелыя перемежающіяся соматическія заболѣванія, особенно лихорадочныя, производятъ болѣе или менѣе замѣтное улучшение при нѣкоторыхъ психическихъ болѣзняхъ. По наблюденіямъ автора, во время холерной эпидеміи, холера оказываетъ такое же дѣйствіе, какъ и другія перемежающіяся тяжелыя заболѣванія, при чемъ дѣйствіе ея бываетъ болѣе энергично. Его наблюденія относятся къ пяти группамъ психическихъ заболѣваній (манія, меланхолія, параноя, прогрессивный параличъ и идіотизмъ). По наблюденіямъ автора, холерный приступъ на время подавляетъ всевозможныя маниакальныя состоянія, но послѣ выздоровленія отъ холеры прежнее состояніе быстро возстановлялось. Меланхолическое состояніе только иногда улучшалось. Подъ вліяніемъ холеры у меланхоликовъ и маниаковъ исчезалъ неопредѣленный и несистематизированный бредъ; на систематизированный бредъ холера не оказывала никакого вліянія. Если бредъ сопровождался маниакальнымъ состояніемъ, то послѣднее исчезало совершенно, если меланхолическимъ, то оно болѣе или менѣе уменьшалось; что касается систематизированнаго бреда, то онъ подъ вліяніемъ холеры нисколько не измѣнялся. Одинъ паралитикъ, въ начальномъ періодѣ болѣзни, былъ пораженъ холерой, но она не произвела никакихъ измѣненій въ его психическомъ состояніи. У одного слабоумнаго съ хореическими движеніями, послѣдвія исчезли во время альгиднаго періода болѣзни, но по выздоровленіи снова появились. Наконецъ, большая часть больныхъ съ бредомъ или безъ него, за исключеніемъ идіотовъ и дементиковъ, сознавали всю тяжесть своего положенія и почти всегда предвидѣли вѣроятность смерти съ полнымъ сознаніемъ.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Vallon**, Изувѣченъ, вслѣдствіе автоматическихъ движеній у паралитиковъ (*Mutilation par mouvements automatiques chez les paralytiques généraux. Soc. de med. leg.*, 1892).

Спокойные паралитики иногда представляютъ интересныя поврежденія, происходящія отъ автоматическихъ движеній. Эти несчастные, прійдя въ послѣдній періодъ болѣзни и не имѣя больше силъ держаться на ногахъ, лежа въ своихъ кроватяхъ, повидимому, тихо и спокойно, иногда совершаютъ

автоматическія движенія, на которыя обыкновенно не обращаютъ вниманія, но которыя, благодаря своему повторенію, часто вызываютъ довольно серьезныя поврежденія. — Однажды вечеромъ интернъ заведенія Villejuif замѣтилъ, что больной присосадъ себѣ нижнюю губу, — при помощи ложки онъ раздвинулъ челюсти и освободилъ губу. Губа представлялась опухшей, синекраснаго цвѣта, мѣстами черноватая и имѣла характеръ ткани, похожей на гангренозную. Что же произошло? Оказалось, что больной въ теченіе нѣсколькихъ дней производилъ продолжительное сосаніе нижней губы, чѣмъ и вызвалъ въ ней значительную опухоль. Вслѣдствіе постоянного сосанія, опухоль увеличивалась, такъ что нижняя губа вскорѣ оказалась прижатой челюстями и на ней образовалась гангрена. Спустя восемь дней пораженная часть нижней губы отпала. Авторъ обращаетъ вниманіе на этотъ случай съ судебно-медицинской точки зрѣнія, такъ какъ поврежденія отъ автоматическихъ движеній у паралитиковъ встрѣчаются довольно часто и при томъ у тѣхъ изъ нихъ, которые постоянно лежатъ въ постели и кажутся совершенно немощными.

*В. А. Тихомировъ.*

*Dr Arnaud, Folie à deux* и его различныя клиническія формы (*La folie à deux ses diverses formes cliniques. Ann. med. psych., № 3, 1893*).

Авторъ приводитъ три случая *Folie à deux* и дѣлаетъ слѣдующіе выводы: I. Съ клинической точки зрѣнія можно разсматривать, по примѣру *Marandon de Montyel*'я, расширяя только нѣсколько его взглядъ, три формы *Folie à deux*. 1. *Folie imposée* (внушенное) типа *Lesegue-Falret*. Оно характеризуется *minimum*омъ сопротивленія пассивнаго элемента активному. Часто случается, что болѣзненное вліяніе не достигаетъ такой степени, чтобы сдѣлать вскорѣ полнымъ умалишеннымъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣло доходитъ до галлюцинацій включительно. При этой формѣ болѣзни результаты леченія бываютъ очень хорошіе. 2. *Folie simultanee* (одновременное) типа *Régis*. Здѣсь происходитъ вліяніе одного больного на другого и каждый изъ нихъ находится въ условіяхъ, предрасположенія, среды и момента, способныхъ вызвать развитіе болѣзни. 3. *Folie communiquée* (сообщенное въ буквальномъ смыслѣ этого слова), здѣсь вліяніе внушаемаго субъекта достигаетъ своего *maximum*'а; объектъ поддается только послѣ долгой борьбы и проявляетъ такую же форму болѣзни. II. *Folie imposée* и *communiquée* различаются между собою



интенсивностью передачи, устойчивостью и затѣмъ бредомъ у другого больного, такъ что эти двѣ формы представляютъ одно лишь клиническое различіе и, по мнѣнію автора, могутъ быть соединены въ одно названіе *Folie communiquée*. III. Въ развитіи всѣхъ формъ *Folie à deux* имѣется три общихъ условія: а) извѣстное предрасположеніе у обоихъ больныхъ; изъ исторіи болѣзни видно было, что даже у внушаемаго субъекта это предрасположеніе выражалось нейропатической наслѣдственностью, в) продолжительная интимная связь, съ устраненіемъ всякаго посторонняго вліянія, с) вѣроятность бреда по крайней мѣрѣ въ началѣ. *В. А. Тихомировъ.*

*Dr Chabbert*, О тикѣ (*De la maladie des tics*. Arch. de Neurol., 1898 г.).

*Dr Chabbert* описываетъ четыре случая тика и дѣлаетъ слѣдующіе выводы: конвульсивный тикъ, какъ онъ былъ описанъ *Charcot*, *Jilles de la Touret* и *Guinon*, можетъ считаться формою болѣзни, вполне установленною; болѣзнь эта наслѣдственная и можетъ выражаться очень упорнымъ помѣшательствомъ въ молодые годы, особенно послѣ травмы, или сильныхъ потрясеній. Характеризуется *tic* произвольными движеніями съ различными расстройствами нервной системы. Произвольныя движенія бываютъ или общія, или мѣстныя. Локализованные случаи болѣе проявляются послѣ травмы, имѣютъ наслѣдственность и способствуютъ появленію копролаліи и тикку мысли; наслѣдственность здѣсь играетъ важную роль: она можетъ быть прямой и непрямой. Къ причинамъ нужно причислить еще алкоголизмъ, который предрасполагаетъ къ душевному заболѣванію и заболѣванію мозговыхъ центровъ. Когда тикъ бываетъ вмѣстѣ съ истеріей, то помимо травмы можно бываетъ найти и наслѣдственность для этихъ двухъ нейрозовъ. Отличительные признаки тика: начало болѣзни, характеръ движеній и характеръ нервныхъ расстройствъ; проявляется онъ въ молодомъ возрастѣ: въ 4 года, 6, 9 лѣтъ, иногда развивается въ возмужаломъ возрастѣ, напр., въ 18 л. Продолжительность его различна; въ одномъ случаѣ, описанномъ авторомъ, онъ продолжался до 35 лѣтъ, въ другомъ до 40 лѣтъ, въ 3-й длился шесть лѣтъ, наконецъ, въ четвертомъ онъ продолжался только нѣсколько мѣсяцевъ. Характеръ движеній слѣдующій: быстрота, систематизація, координація и аритмія. Эхолалія, это автоматическое повтореніе словъ и звуковъ. Эхокинезія—автоматическое повтореніе знаковъ. Коп-

\*

ролалія—невольное издаваніе пошлыхъ словъ. Всѣ эти болѣзни могутъ находиться вмѣстѣ у одного и того же субъекта, чаще же всего онѣ наблюдаются отдѣльно или бываютъ различно соединены. Эхололія характеризуется словами, образуемыми изъ нѣсколькихъ слоговъ, которыя ясно выговариваются; кромѣ того она можетъ быть слуховая и зрительная; зрительная, это повтореніе въ умѣ. Эхокинезія проявляется въ произведеніи привычныхъ движеній и часто бываетъ связана съ копролаліей. Копролалія проявляется въ двухъ формахъ, на словахъ и въ умѣ. Грубыя фразы сопровождаются мускульными движеніями, при произношеніи же въ умѣ безъ нихъ. Эти двѣ формы могутъ встрѣчаться у одного и того же больного. Иногда произношеніе копролалическихъ словъ можетъ быть задержано усиленіемъ воли. Психическія разстройства въ трехъ случаяхъ автора, гдѣ онѣ наблюдались, выражались бредомъ сомнѣнія, маніей, идеями довольства и непогрѣшимости.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Harold N. Moyer**, Отношеніе алкоголя къ запрещеніямъ (Relation of Alcohol to the Suhilitions, The Alienist and Neurologist, 1893).

Авторъ начинаетъ свою статью общимъ положеніемъ, что если разсматривать человѣка въ эволюціонномъ смыслѣ, то можно найти, что его законыя отношенія налагаютъ очень обширныя запрещенія. Какъ только люди собираются въ группы, или въ болѣе обширныя общества, такъ является необходимость опредѣлить ихъ отношенія другъ къ другу, при чемъ законъ устанавливаетъ различныя правила и стѣсненія относительно ихъ поведенія. Безъ сомнѣнія, характеръ законовъ мѣняется сообразно съ мѣстомъ, временемъ и народомъ, но количество ихъ ясно опредѣленно. Употребленіе алкоголя стремится уничтожить пріобрѣтенныя запрещенія и субъектъ, не смотря на всѣ обычныя стѣсненія, соціальныя положенія, семейныя отношенія и т. д. обнаруживаетъ здѣсь свои природныя инстинкты и предрасположенія. Благодаря своему особенному дѣйствію, алкоголь возбуждаетъ особенный судебно-медицинскій интересъ. Алкоголь можетъ доводить до мозговой болѣзни, а, стало быть, такія лица должны быть помѣщены въ пріюты для душевно-больныхъ. Такъ какъ эти лица представляютъ только частичную потерю самоконтроля, то они скоро приходятъ къ убѣжденію, что ихъ освобожденіе зависитъ вполне отъ способности контролировать свои буйныя

мысли и координировать свое поведение. Подобной дисциплины и можно приписать успехъ въ современномъ госпитальномъ леченіи помѣшательства. Приобрѣтя достаточный самоконтроль, больной можетъ занять свое мѣсто въ свѣтѣ. Но если онъ вполнѣ не оправился, то болѣзнь чрезъ нѣсколько дней возвращается, бредовыя идеи начинаютъ вновь преобладать, а его поведение становится вполнѣ нерациональнымъ. Лица, находящіяся подъ вліяніемъ алкоголя, сварливы, склонны наносить обиды, мало осторожны въ поведеніи какъ относительно себя, такъ и другихъ. Судебно-медицинское значеніе алкогольной интоксикаціи можетъ быть сформулировано окончательно на основаніи дѣйствія алкоголя на здоровый мозгъ. Послѣдствія алкогольнаго злоупотребленія чаще всего усматриваются въ случаяхъ мозговыхъ болѣзней. Очень серьезныя преступленія совершаются подъ вліяніемъ частичнаго безумія, фиксированныхъ идей, насильственныхъ представленій, бреда преслѣдованія вмѣстѣ съ эмоціональными разстройствами. Такимъ образомъ, преступленіе зависитъ отъ двухъ факторовъ, алкоголя и помѣшательства, на различныя степени которыхъ законъ налагаетъ различныя степени взысканія. По закону острая алкогольная интоксикація не извиняетъ преступленія на томъ основаніи, что человекъ добровольно ввелъ алкоголь, почему и допилъ до состоянія, за которое отвѣтственъ. При хроническомъ же употребленіи алкоголя, доведшемъ до душевной болѣзни, судъ обсуждаетъ правоспособность человека, какъ и при всякомъ другомъ психозѣ, появившемся отъ какой бы то ни было причины. Подобное дѣленіе, по мнѣнію автора, нерационально, ибо крайне трудно примѣнять подобный критерій въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ алкоголизмъ сочетается съ психозами. Авторъ изучилъ многихъ алкоголиковъ Tamrogaу Detention Hospital и нашелъ у многихъ изъ нихъ ясныя черты душевныхъ разстройствъ: пораженіе памяти, спутанность идей и фиксированныя идеи. Но подобныхъ лицъ авторъ отличаетъ отъ больныхъ delirio tremens: здѣсь нѣтъ ужасающихъ галлюцинацій, температура нормальна, сонъ приходитъ скоро и чрезъ небольшое число часовъ отдыха больной приходитъ въ такое состояніе, что его выпускаютъ. Авторъ заканчиваетъ свою статью заявленіемъ, что алкоголизмъ осложняетъ много психозовъ и одинъ не встрѣчается въ работахъ ни по психіатріи, ни по судебной психопатологіи.

*Я. Я. Трутовскій.*

**Dr Wigglesworth**, Общій параличъ въ юношескомъ возрастѣ (General paralysis occurring about the period of puberty, *British medical journal*, 1898).

До сихъ поръ полагали, что общій параличъ въ юношескомъ возрастѣ явленіе весьма рѣдко. Авторъ съ этимъ не вполне соглашается и въ доказательство этого приводитъ два случая, которые онъ наблюдалъ еще недавно. Оба были у дѣвочекъ 12 и 14 лѣтъ. Определенныхъ причинъ заболѣванія найти нельзя было. Въ обоихъ случаяхъ картина болѣзни представлялась въ формѣ деменціи съ идеями величія. Вскрытіе дало обычные явленія при общемъ параличѣ. Вмѣстѣ съ этимъ авторъ касается и общихъ вопросовъ въ данномъ заболѣваніи, при чемъ останавливается особенно на причинахъ данной болѣзни. По его мнѣнію, эти случаи общаго паралича въ юношескомъ возрастѣ главнымъ образомъ обязаны своимъ происхожденіемъ двумъ причинамъ—наслѣдственности и врожденному сифилису,—травматизмъ же здѣсь является только лишь случайнымъ явленіемъ.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr Marsh**, Райнодовская болѣзнь, сочетанная съ наслѣдственнымъ сифилисомъ (Raynaud's disease associated with hereditary syphilis, *Brit. medical Journal*, 1898).

Внимательное изученіе наслѣдственного сифилиса даетъ намъ все большія и большія неожиданности. Авторъ приводитъ случаи Райнодовской болѣзни у наслѣдственного сифилитика. Дѣло идетъ о 12 л. мальчикѣ, наслѣдственнымъ сифилитикѣ. Онъ страдалъ какими-то судорожными приступами. Душевные способности слабы. Зубы какъ у наслѣдственныхъ сифилитиковъ; сухожильные рефлексы повышены. Въ февралѣ 1892 г. у больного пальцы ногъ стали холодны и сини, а за тѣмъ на нихъ появилась гангрена; то же стало и съ пальцами рукъ и носомъ,—уши же остались благополучными. Энергичное леченіе тепломъ и усиленнымъ питаніемъ быстро улучшило дѣло; спустя, однако, три недѣли явленіе повторилось вновь, но теперь исходъ былъ нѣсколько неблагоприятнѣе.

*Михаилъ Поповъ.*

**Prof. Starr**, Церебральныя атрофіи дѣтскаго возраста. Особое вліяніе операціи краніотоміи на imbecilitas, epilepsia и paralysis. (The cerebral atrophies of childhood. With special reference to the operation of craniotomy for imbecility, epilepsy and paralysis. *The Medic. Rec.* 28, 1892).

Авторъ рассматриваетъ клиническіе типы дѣтскихъ церебральныхъ атрофій, равно какъ причины, которыя служатъ

къ возникновенію ихъ, наконецъ, результаты хирургическихъ операций при краниотоміи. Выводы изъ наблюденій слѣдующіе: 1) Гемиплегія, сенсоріальные дефекты, imbecilitas, которые встрѣчаются въ дѣтскомъ возрастѣ вмѣстѣ съ эпилеціей, суть хроническія неизлѣчимыя болѣзни. 2) Патологія этихъ симптомовъ заключается или въ грубыхъ дефектахъ и атрофіи мозга, или въ задержкѣ развитія мозговыхъ клѣтокъ. 3) Невозможно безъ пробной операціи распознать истинную патологическую причину. 4) Операціи такого рода не безопасны; при извѣстныхъ предосторожностяхъ опасность уменьшается, особенно при скоромъ и осторожномъ раскрытіи твердой мозговой оболочки. 5) Если имѣется рѣзкая атрофія, то операція не принесетъ никакой пользы, если же идетъ дѣло о задержкѣ развитія мозга, то еще можно рассчитывать на болѣе или менѣе благоприятные результаты. При удаленіи опухолей, кистъ и проч. можно ожидать довольно хорошій исходъ. При микроцефалическомъ черепѣ операція тѣмъ полезна, что допускаетъ дальнѣйшій ростъ мозга, вслѣдствіе увеличенія пространствъ. 6) Эпилептическія припадки послѣ краниотоміи становятся рѣже и меньше. 7) Въ то время, какъ гемиплегія, афазія, атетозъ улучаются при операціи, относительно imbecilitas трудно сказать, до какой степени она можетъ уменьшиться.

*Михаилъ Поповъ.*

*Dr Mattison, Кокаинизмъ (Cocainism, The Med. Record, 1892).*

Въ послѣдніе годы все болѣе и болѣе выставляется на видъ, что привычное употребленіе кокаина влечетъ за собою тяжелыя послѣдствія для жизни и здоровья. Въ большинствѣ случаевъ замѣчается сильная потеря аппетита. Больные все болѣе и болѣе теряютъ потребность въ пищѣ и соотвѣтственно этому худѣютъ. Исхуданіе зависитъ еще отъ того, что дѣятельность железъ отъ кокаина усиливается. Но еще хуже вліяніе кокаина на нервную систему. Послѣ перераздраженія наступаетъ слабость, своеобразное безпокойство, упорная бессонница, явленія перераздраженія всѣхъ высшихъ чувствительныхъ нервовъ, галлюцинаціи, бредъ преслѣдованія и т. д. Наконецъ, измѣняется въ дурную сторону способность воспріятія и мышленія. Предсказаніе при кокаинизмѣ хуже, чѣмъ при морфинизмѣ. Для леченія свѣжихъ случаевъ рекомендуется быстрое прекращеніе пріемовъ кокаина. Для успокоенія рефлекторнаго раздраженія хорошо назначать phenacetin, paraldehyd, codein, hyoscin и проч. Въ тяжелыхъ хроническихъ

случаяхъ также умѣстно внезапное прекращеніе приѣмовъ кокаина; но послѣдующее леченіе должно длиться часто долгіе мѣсяцы и заключаться главнымъ образомъ въ гигиеническомъ содержаніи и соотвѣтственномъ уходѣ.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr W. Hale White**, Функція симпатическихъ узловъ (The function of the sympathetic ganglia, Brain, 1892).

Авторъ уже неоднократно высказывалъ мысль, что симпатическіе узлы у взрослого человѣка представляютъ собой нефункционирующіе органы, являющіеся остатками образованій, которыя выполняютъ важныя функціи у низшихъ млекопитающихъ. Свои положенія авторъ строитъ на слѣдующихъ основаніяхъ. 1) Верхніе шейные узлы взрослого человѣка варіируютъ въ размѣрахъ на столько, насколько это наблюдается въ узлахъ отъ наибольшаго до наименьшаго индивида изъ другихъ млекопитающихъ, но размѣры узловъ у другихъ млекопитающихъ (кромѣ человѣка) варіируютъ пропорціонально размѣрамъ животнаго, чѣмъ и подтверждается извѣстный фактъ, что выродившіеся органы весьма сильны къ значительному варіированію. 2) Авторъ изслѣдовалъ верхніе шейные узлы, взятые отъ 49 взрослыхъ людей; изъ нихъ одинъ только представилъ совершенно нормальныя нервныя клѣтки; въ остальныхъ клѣтки были болѣе или менѣе сморщены, безъядерны, зернисты и неправильно-контурированы; кромѣ того онѣ были сильно пигментированы; результатомъ этихъ измѣненій было то, что клѣтки часто превращались въ однородныя маленькія массы, обыкновенно свѣтло-желтаго цвѣта, расположенныя совершенно свободно въ центрѣ клѣточныхъ пространствъ, безъ отростковъ и—на сколько можно было видѣть—безъ связи съ нервными волокнами. За то верхніе шейные узлы, взятые отъ 5 дѣтей, обнаружили большія клѣтки, выполняющія клѣточные пространства, съ ясно выраженнымъ ядромъ и ядрышкомъ, протоплазма ихъ была не зерниста и онѣ не имѣли и слѣда пигментации. Клѣтки верхнихъ шейныхъ узловъ, взятыхъ отъ 10 человѣческихъ зародышей, были подобны таковымъ отъ дѣтей. Эти факты даютъ пищу предположенію, что верхніе шейные узлы, нормальные у зародышей, атрофируются вмѣстѣ съ ростомъ человѣка. 3) Авторъ изслѣдовалъ верхніе шейные узлы у 68 млекопитающихъ, стоящихъ ниже человѣка. 15 изъ нихъ были обезьяны и у 4 изъ таковыхъ клѣтки были болѣе или менѣе подобны

только что описаннымъ клѣткамъ взрослыхъ людей, но у остальныхъ 11 обезьянъ и 57 другихъ млекопитающихъ нервныя клѣтки были хорошо сформированы съ хорошо выраженнымъ ядромъ и безъ зернистыхъ измѣненій, онѣ выполняли свои капсулы и вообще представляли абсолютное отсутствіе пигментаціи, хотя случайно она попадалась въ незначительномъ количествѣ. Многія изъ этихъ млекопитающихъ были получены изъ зоологическихъ садовъ за много лѣтъ до аутопсии и было достовѣрно, что они были стары, однако же ихъ клѣтки совершенно отличались отъ тѣхъ маленькихъ массъ зернистаго пигмента, безъ ядра, которыя представляли собой нервныя клѣтки узловъ, взятыхъ отъ стараго человѣка. Эти результаты указываютъ на фактъ, что у млекопитающихъ, стоящихъ ниже человѣка, узлы функціонально активны. 4) Изслѣдованіе полулунныхъ узловъ, взятыхъ отъ 30 взрослыхъ людей, 3 дѣтей и 18 млекопитающихъ, стоящихъ ниже человѣка, на тѣхъ же основаніяхъ показало, что у взрослого человѣка клѣтки полулунныхъ узловъ были недѣятельны, но были функціонально-активны у млекопитающихъ, стоящихъ ниже человѣка. 5) Изслѣдованіе грудныхъ узловъ отъ 24 взрослыхъ людей показало, что у многихъ изъ нихъ клѣтки были велики, явственны, не зернисты и не атрофированы, но у нѣкоторыхъ изъ нихъ эти измѣненія были слегка выражены; отсюда выводъ, что у взрослого человѣка грудные узлы лишь очень незначительно дегенерированы. 6) По изслѣдованію 36 Гассеровыхъ узловъ, взятыхъ отъ взрослыхъ людей, оказалось, что во всѣхъ ихъ нервныя клѣтки были хорошо сформированы, имѣли ясно выраженныя ядра и ядрышки, а также выполняли свои капсулы; немногія клѣтки обнаруживали нѣкоторое количество зернистаго пигмента, но самыя клѣтки нисколько не атрофированы. 7) Изслѣдованіе 6 чечевичныхъ узловъ <sup>1)</sup> (lenticular ganglia) изъ орбиты показало, что всѣ ихъ клѣтки выполняли свои капсулы, имѣли ясно выраженныя ядра и не имѣли ни зеренъ, ни пигментаціи. 8) Изслѣдованіе 12 спинальныхъ узловъ показало, что клѣтки ихъ были лишены рѣзкихъ дегенеративныхъ процессовъ, столь обычныхъ у верхнихъ шейныхъ узловъ, но онѣ часто были пигментированы. 9) У 10 паціентовъ были изслѣдованы ganglia cardiaca, ихъ нервныя клѣтки не представили ни

---

<sup>1)</sup> Очевидно здѣсь идетъ рѣчь о ganglion ciliare. Реф.

сморщиванія, ни зернистыхъ измѣненій, ни пигментаціи. 10) Обнаружено, что пораженіе болѣзненнымъ процессомъ верхнихъ шейныхъ и полудунныхъ узловъ не влекло за собой никакихъ симптомовъ, за исключеніемъ тѣхъ, которые могутъ быть объяснены прижатіемъ нервныхъ волоконъ, проходящихъ чрезъ узлы, и что въ случаѣ болѣзней, которыя могутъ быть отнесены къ внутреннему пораженію узловъ, такое патологическое объясненіе не подлежитъ критическому изслѣдованію. Итакъ оказывается, что ganglion Gasseri, lenticulare и ganglia cordiaca у взрослого человѣка, повидимому, функціонально активны, равно какъ и большая часть клѣтокъ заднихъ спинальныхъ узловъ также активны. Настоящая статья написана авторомъ какъ возраженіе на критику его положеній. высказанную д-ромъ Friedric Vas (Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung, № 45, 46 und 847, 191), съ мнѣніемъ котораго авторъ не соглашается и довольно удачно парируетъ его критику. *А. П. Драюмановъ.*

---

#### ОТЪ РЕДАКЦІИ:

Въ нѣкоторыхъ книгахъ № 3 „Архивъ психіатріи“ за текущій годъ въ статьѣ д-ра Михаила Попова „О нейроглии“ вмѣсто первыхъ двухъ листовъ первой части помѣщены первые два листа второй части работы. Редакція, извиняясь за подобную ошибку въ сброшюровкѣ листовъ, покорно проситъ исправить вышеуказанную ошибку листами изъ настоящей книги.

---







артеріальної облітерації, ввроотно, сифилитического происхожденія, 130.—*Dr Lop et Lachaux*, Нервныя разстройства, послѣдовательныя за отравленіемъ сернистымъ углеродомъ, 130.—*Dr Pellizzari*, Инфекціонное происхожденіе гематомы уха у помѣшанныхъ, 131.—*Dr Negeotte*, Tades и paralysis progressiva, 131.—*Dr Dengler*, Сифилисъ и общій параличъ, 132.—*Dr Kuffner*, Къ патологической анатоміи илюстїи, 133.—*Dr Colella*, Гистологическія измѣненія мозговой корки при нѣкоторыхъ психическихъ болѣзняхъ, 134.—*Prof. Marie*, Сифилитическій мѣзлитъ, 134.—*Dr Babinski*, Соединеніе истеріи съ органическими пораженіями нервной системы, нейрозами и различными другими заболѣваніями, 135.—*Dr Camuset*, Объ измѣненіи психическаго состоянія при нѣкоторыхъ душевныхъ заболѣваніяхъ подъ вліяніемъ холеры, 137.—*Dr. Vallon*, Изувѣченія, вслѣдствіе автоматическихъ движеній у параноиковъ, 137.—*Dr Arnaud*, Folie a deux, 138.—*Dr Chabbert*, О тикѣ, 139.—*Dr Harold Moyer*, Отношеніе алкоголя къ запрещеніямъ, 140.—*Dr Wigglesworth*, Общій параличъ въ юношескомъ возрастѣ, 142.—*Dr Marsh*, Райноловская болѣзнь, сочетанная съ наследственнымъ сифисомъ, 142.—*Prof. Allen Starr*, Церебральныя атрофіи дѣтскаго возраста, 142.—*Dr Mattison*, Кокаинизмъ, 143.—*Dr Hale White*, Функціи симпатическихъ узловъ, 144.

Только что вышли и продаются книги:

Проф. П. И. Ковалевскій.

## СИФИЛИСЪ МОЗГА и ЕГО ЛЕЧЕНІЕ.

Изданіе 2-е значительно дополненное.

Цѣна 1 р. 50 к.

Проф. П. И. Ковалевскій.

## ЮАННЪ ГРОЗНЫЙ и ЕГО ДУШЕВНОЕ СОСТОЯНІЕ.

Изд. 2. Цѣна 1 руб. 1893.

Проф. П. И. Ковалевскій.

## ЭПИЛЕПСІЯ, ея леченіе и судебнопсихіатрическое значеніе.

Изд. 2-е дополненное. Цѣна 2 руб. 1893.



артеріальної облітерації, ввроотно, сифилитического происхожденія, 130.—*Dr Lop et Lachaux*, Нервныя разстройства, послѣдовательныя за отравленіемъ сернистымъ углеродомъ, 130.—*Dr Pellizzzi*, Инфекціонное происхожденіе гематомы уха у помѣшанныхъ, 131.—*Dr Negeotte*, Tades и paralysis progressiva, 131.—*Dr Dengler*, Сифилисъ и общій параличъ, 132.—*Dr Kuffner*, Къ патологической анатоміи иліотиса, 133.—*Dr Colella*, Гистологическія измѣненія мозговой корки при нѣкоторыхъ психическихъ болѣзняхъ, 134.—*Prof. Marie*, Сифилитическій мѣлитъ, 134.—*Dr Babinski*, Соединеніе истеріи съ органическими пораженіями нервной системы, нейрозами и различными другими заболѣваніями, 135.—*Dr. Camuset*, Объ измѣненіи психического состоянія при нѣкоторыхъ душевныхъ заболѣваніяхъ подъ вліяніемъ холеры, 137.—*Dr. Vallon*, Изувѣченія, вслѣдствіе автоматическихъ движеній у параноиковъ, 137.—*Dr Arnaud*, Folie a deux, 138.—*Dr Chabbert*, О тикѣ, 139.—*Dr Harold Moyer*, Отношеніе алкоголя къ запрещеніямъ, 140.—*Dr Wigglesworth*, Общій параличъ въ юношескомъ возрастѣ, 142.—*Dr Marsh*, Равноловская болѣзнь, сочетанная съ наследственнымъ сифисомъ, 142.—*Prof. Allen Starr*, Церебральныя атрофіи дѣтскаго возраста, 142.—*Dr Mattison*, Кокаинизмъ, 143.—*Dr Hale White*, Функціи симпатическихъ узловъ, 144.

Только что вышли и продаются книги:

Проф. П. И. Ковалевскій.

## СИФИЛИСЪ МОЗГА И ЕГО ЛЕЧЕНІЕ.

Изданіе 2-е значительно дополненное.

Цѣна 1 р. 50 к.

Проф. П. И. Ковалевскій.

## ІОАННЪ ГРОЗНЫЙ И ЕГО ДУШЕВНОЕ СОСТОЯНІЕ.

Изд. 2. Цѣна 1 руб. 1893.

Проф. П. И. Ковалевскій.

## ЭПИЛЕПСІЯ, ея леченіе и судебно-психіатрическое значеніе.

Изд. 2-е дополненное. Цѣна 2 руб. 1893.

Въ редакціи „Архивъ психіатріи, неврологіи и судебной психопатологіи“,

Ново-Чернышевская, № 1-й.

**МОЖНО ИМѢТЬ СЛѢДУЮЩІЯ КНИГИ:**

**Проф. П. И. Ковалевскій, Психіатрическіе эскизы изъ исторіи.** 1892. Ц. 1 р.

**Іоаннъ Грозный и его душевное состояніе.** Изд. 2-е. 1893 г. Ц. 1 р.

**Сумашествіе (Amentia—Meynert'a)** Ц. 1 руб.

**Компендіумъ нервныхъ и душевныхъ болѣзней.** 1891 г. Ц. 1 р. 25 к.

**Леченіе душевныхъ и нервныхъ болѣзней.** Изд. 2-е. Ц. 2 р.

**Хорея и хореическое сумашествіе,** 1890. Ц. 50 к.

**Пьянство, его причины и леченіе.** Изд. 2, 1889. Ц. 50 к.

**Основы механизма душевной дѣят.** Изд. 2-е исправл. и дополи. Ц. 1 р.

**Положеніе душевно-болѣзныхъ въ Россійской Имперіи** Ц. 50 к.

**Психіатрія, 2 т. I т.**—общая психопатологія, II-й т.—спеціальная психіатрія. Изд. 4-е. Ц. 4 р. 1891.

**Судебно-психіатрическіе анализы (для медиковъ и юристовъ)** 2-й т., изд. 2-е. Ц. 4 р. 50 к.

**Первичное помѣшательство (для медиковъ и юристовъ).** Ц. 1 р. 50 к.

**Prof. Meynert, Клиническія лекціи по психіатріи,** пер. К. Н. Ковалевской, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1890. Ц. 1 р. 50 к.

**Dr Morel, Электротерапія при душевныхъ болѣзняхъ,** перев. А. Н. Герстфельдъ. 1889. Ц. 40 к.

**Prof. Binswanger, Сумашествіе и преступленіе.** Перев. А. Н. Герстфельдъ и О. Н. Герстфельдъ, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго, 1889. Ц. 30 к.

**Kerr, Пьянство, его причины, леченіе и судебно-медицинское значеніе.** Пер. К. Н. Ковалевской и М. Е. Ліона, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1889. Ц. 2 р.

**Dr Löwenfeld, Современные способы леченія истеріи и нейрастеніи.** Переводъ Н. И. Мухина, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. 1889. Ц. 1 р.

**Richet, Истерио-эпилепсія.** Перев. подъ редакціей проф. Ковалевскаго, съ 180 рис. Ц. 5 р.

**Dr Cullere, Границы сумашествія (Les frontières de la folie).** Перев. К. Н. Ковалевской и Е. Н. Герстфельдъ, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1889. Ц. 1 р. 50 к.

**Dr Cullere, Гигіена нервныхъ людей и нейропатовъ.** Перев. К. Н. Ковалевской, подъ ред. проф. Ковалевскаго. 1888. Ц. 1 р. 50 к.

**Remak, Электродіагностика и электротерапія.** Перев. К. Н. Ковалевской, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. 1888. Ц. 1 р.

**Scholz, Діететика духа.** Перев. К. Н. Ковалевской и Е. Н. Герстфельдъ, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. 1888. Ц. 1 р. 50 к.

**Byrom Bramwell, Болѣзнь спинного мозга.** Пер. М. А. Шульгина, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 5 р.

**Meynert, Психіатрія.** Перев. М. Е. Ліона, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 3 р.

**Prof Gowers, Болѣзнь головного мозга.** Перев. А. А. Говсѣева, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 1 р. 50 к.

**Prof. Charcot, Лекціи по нервнымъ болѣзнямъ.** Переводъ подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 1 р.

**Thudichum, Физиологическая химія головного мозга.** Перев. М. Е. Ліона. Ц. 2 р.

**Robert von Pfungen, О разстройствѣхъ ассоціацій.** Переводъ М. Е. Ліона. Ц. 1 р.

**Dr Pierson, Компендіумъ нервныхъ болѣзней.** Переводъ Н. И. Мухина, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. Въ изданіи перенлетъ. 1886. Ц. 1 р. 50 к.

Выписывающіе всѣ эти книги изъ редакціи „Архива психіатріи“ за пересылку ничего не платятъ.

Студенты кромѣ того пользуются уступкою отъ 20 до 50%.



ГОДЪ ОДИНАДЦАТЫЙ.

1893.

ТОМЪ XXII—№ 2.

АРХИВЪ

# ПСИХІАТРІИ, НЕЙРОЛОГІИ

И

СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГІИ,

издаваемый подъ редакціей П. И. Ковалевскаго,

проф. психіатріи и нервныхъ болѣзней при Харьковскомъ университетѣ.

Въ журналѣ принимаютъ участіе:

П. М. Автократовъ, Э. И. Андрузскій, М. А. Аристовъ,  
Н. Н. Баженовъ, проф. В. М. Вехтеревъ, В. А. Бринцевъ,  
С. А. Бѣляковъ, Я. А. Воткинъ, Н. М. Васильевъ, В. Н. Ва-  
сяткинъ, Я. В. Гирсонъ, З. В. Гутниковъ, А. А. Говсѣевъ,  
В. Ф. Галенко, А. М. Головина, А. Р. Грунау, В. Е. Дид-  
рихсонъ, Н. Добротверскій, А. П. Драгомановъ, И. Д. Жда-  
новъ, В. И. Ергольскій, Е. Н. Ковалевская, проф. С. С. Кор-  
саковъ, Н. П. Каменевъ, П. Н. Лашенко, И. П. Лебедевъ,  
Мальшинъ, проф. Н. А. Миславскій, Н. И. Мухинъ, Д. І. Орбели,  
И. Я. Платоновъ, П. П. Платовъ, проф. Н. М. Поповъ,  
М. Н. Поповъ, А. О. Поповъ, Д. И. Поляковъ, Г. И. Россол-  
и, А. И. Роте, В. Сербскій, М. В. Слуцкій, С. Н. Софѣтовъ,  
Б. П. Сулима, А. В. Тимошеевъ, В. А. Тихомировъ, А. А. То-  
нарскій, П. А. Троицкій, Я. Я. Трутовскій, В. Н. Тусновъ,  
проф. В. Ф. Чижъ, С. И. Штейнбергъ, А. А. Яковлевъ и друг.

Подписная цѣна 8 р., экземпляры 1886, 87, 88, 89, 90, 91 и 92 гг.  
по 4 руб.,—1885—10 руб.; подписка принимается въ Харьковѣ,  
Ново-Чернышевская ул., № 1.

Харьковъ, Типографія Зильберберга. Рыбная ул., № 25.

CLARK UNIVERSITY  
OCT 3 1893  
WORCESTER, MA

# ОГЛАВЛЕНІЕ.

	Стр.
<b>Д-ръ Андрей Поповъ</b> , Paralysis spinalis syphilitica Erb'a .	1
<b>Д-ръ И. Д. Ждановъ</b> , Прогрессивный параличъ у женщинъ.	36
<b>Д-ръ И. П. Лебедевъ</b> , Матеріалы къ вопросу объ ушибахъ головы и сотрясеніи мозга по отношенію къ умственному развитію . . . . .	89
<b>К. Н. Ковалевская</b> , Конгрессъ французскихъ психіатровъ въ Rochell'ъ. Regis и Chevallier-Lavaure, Ballet, Voisin и Charpantier, Объ автоинтоксикаціи; Voisin, О ядовитости урины при status epilepticus; Seglas, Michoud, Mabilie и Col- lin, Токсичность урины при душевныхъ болѣзняхъ; Denis, Впрыскиванія почечнаго сока у животныхъ, у которыхъ уда- лены были почки; Legrain, О характерѣ душевныхъ раз- стройствъ при автоинтоксикаціяхъ; Cullerre, Charpantier, Voisin и Briand, О значеніи свидѣтельскихъ показаній душев- но-больныхъ; Bourneville, О деструктивныхъ расстройствахъ черепа у идиотовъ; <b>Д-ръ Рубиновичъ</b> , О наследственныхъ и импульсивныхъ расстройствахъ длительного характера; Seglas и Brouardel, О самообвиненіи у больныхъ съ бредомъ пре- слѣдованія . . . . .	124
<b>Библиографія:</b> <b>Д-ръ Я. Я. Трутовскій</b> , Къ ученію объ острой или Сиденгамовской хорѣ, 129.— <b>Д-ръ Андрей Поповъ</b> , Myelitis chronica e compressione, 130.— <b>Д-ръ В. А. Тихомировъ</b> , Прогрес- сивный параличъ у женщинъ, 136.— <b>Проф. И. И. Ковалевскій</b> , Къ ученію о морфіоманіи, 143.— <b>Д-ръ Э. Ф. Белишъ</b> , Дѣло о насиль- ственной смерти дворянки Александры Адасонъ въ Харьковской губернской земской больницѣ, 148.— <b>Д-ръ Эновъ</b> , О патолого-ана- томическихъ измѣненіяхъ въ периферической нервной системѣ, 150.— <b>Prof. Grimaldi</b> , Алкогольное паралитическое помѣшатель- ство, 150.— <b>Prof. Bianchi e Piccinino</b> , Инфекціонное происхож- деніе остраго бреда, 156.— <b>G. B. Pellizzi</b> , Объ инфекціонномъ происхожденіи гематомы уха у душевно-больныхъ, 156.— <b>Dr Ago- stini</b> , Изотонія крови у душевно-больныхъ, 159.— <b>Dr Agostini</b> , Къ ученію о желудочномъ химизмѣ у пеллагрозныхъ, 163.— <b>Prof. Zuc- carelli</b> , Разводъ и автропологическая наука, 166.— <b>Dr Peli</b> , Пути art. meningae mediae, 167.— <b>Dr Giampetro</b> , Опытъ классификаціи слуховыхъ центровъ въ связи съ отравленіями рѣчи, 168.— <b>Prof. Fournier</b> , Сифилисъ и общій параличъ, 168.— <b>Prof. Ladame</b> , Эри- тропсія въ общемъ параличѣ, 171.— <b>Dr Levi</b> , Tabes dorsalis et paralysis generalis progressiva, 172.— <b>Dr Gilles de la Tourette</b> и <b>Hudelo</b> , Два наблюденія сифилитической параплегии, 172.— <b>Dr Ray- mond</b> , Общій параличъ у женщинъ, 173.— <b>Prof. Regis et Che- vallier-Lavaure</b> , Клиническія формы душевныхъ расстройствъ, слѣдующихъ за острыми болѣзнями, 173.— <b>Dr Ballet</b> , Глазныя раз- стройства у прогрессивныхъ паралитиковъ, 175.— <b>Dr Breton</b> , Ду- шевное состояніе при хорѣ, 175.— <b>Prof. Massalongo</b> , Къ па- тогенезу паралитической хоры, 176.— <b>Dr Guillemet</b> , Смерть при Сиденгамовской хорѣ, 176.— <b>Dr Féré</b> , Высокія дозы брома при эпилепсіи, 177.— <b>Dr Grasset</b> , Головокруженіе у атактиковъ, 177.— <b>Dr Roubinovitch</b> , Случай конвульсивнаго тока съ насильствен- ными движеніями, 178.— <b>Dr Brissaud</b> , Церебральная уремія съ	



## Редакціей получены слѣдующія книги.

*Prof. Stoukownikoff*, De la chloro-anemie syphilitique et mercurielle, 1892.—*Dr Н. Ф. Зеленецъ*, Измѣненія крови подѣ влияніемъ сифилиса и ртутнаго леченія подкожными впрыскиваніями, 1882.—*Проф. М. Н. Поповъ*, Къ патологій колѣннаго рефлекса, 1892.—*Проф. Деревницкій*, Художникъ Менелай и его группа.—*Проф. Н. И. Мухинъ*, Къ лѣченію сифилиса спинного мозга, 1892.—*Deutsche Kurorte*, 1890.—*Ландуа*, Учебникъ физиологій человѣка, выпускъ III, 1892.—*Проф. Я. А. Анфимовъ*, Къ патологій памяти, 1892.—*Проф. Деревницкій*, Открытіе доминикацевъ.—*Проф. Н. М. Поповъ*, Рѣзкая форма мужской истеріи, 1892.—*Dr. Викторовскій*, Эпилептикъ въ полку.—*Prof. T. Meynert*, Neue Studien über die Associations Bündel des Hirnmantels, 1892.—*Dr. Б. И. Воротынскій*, Случай спорадическаго кретинизма.—*Dr Дурдуфи*, Бленнорейная болѣзнь (Blennorrhagismus). *Dr А. Я. Яковлевъ*, Отчетъ о Вологодскомъ домѣ умалишенныхъ за 1891 г.—*Dr Евграфовъ* и *Целевичскій*, Отчетъ по психіатрическому отдѣленію въ Пензѣ за 1891 г.—*Dr З. В. Гутниковъ*, Ueber den Einflusse des Alkohols aut die Blutcirculation, 1892.—*Проф. В. О. Чижъ*, Второй международный конгрессъ экспериментальной психологій въ Лондонѣ.—*Dr Томашевскій*, Къ патологій идиотизма, 1892.—*Dr Юриенсъ*, О состояніи пищеварительнаго канала при хроническомъ параличѣ блуждающихъ нервовъ, 1892.—*Dr Тихвинскій*, Къ вопросу объ усвоеніи яда въ смятку и крутую здоровыми людьми, 1891.—*Dr С. С. Яковлевъ*, Матеріалы къ азотистому метаморфозу сифилитиковъ въ первой высыпи, 1892.—*Dr Добротворскій*, Попытка экспериментальнаго изслѣдованія терапевтическаго значенія франклинизации, 1891.—*Dr Любимовъ*, Объ ассоціаціонныхъ волокнахъ въ корѣ большого мозга при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ, 1892.—*Проф. Н. И. Граціанскій*, Невинные пути и способы зараженія и распространенія сифилиса, 1892.—*Dr Э. Ф. Беллинъ*, Послѣдовательное зараженіе и судебно-медицинское его значеніе, 1892 г.—*Dr В. И. Зарубинъ*, Колѣнный рефлексъ при первой высыпи сифилиса, 1891.—*Проф. В. Ф. Чижъ*, Обзоръ сочиненій по психологій.—*Dr Михельсонъ*, Дерптская психіатрическая клиника.—*Dr Гадзюцкій*, О содержаніи сахара и бѣлка въ мочѣ душевно-больныхъ.—*Проф. Н. М. Любимовъ*, Случай криптогенной септицеміи.—*Ею-же*, Работы по бактеріологій и патологической анатоміи въ Казанскомъ патолого-анатомическомъ институтѣ.—*Ею-же*, О заразныхъ болѣзняхъ, 1892.—Медицинскій отчетъ за 1891 г. по лечебницѣ душевно-больныхъ Тамбовскаго земства.—*Dr Браунштейнъ*, Къ вопросу объ ядерныхъ параличахъ глазныхъ мышцъ, 1893.—*Dr Е. П. Браунштейнъ*, Къ ученію объ иннерваціи движенія зрачка, 1893.—*Dr Яковенко*, Медицинскій отчетъ по отдѣленію душевно-больныхъ Смоленской губернской земской больницѣ за 1892 г.—*Проф. В. Ф. Чижъ*, Третій международный конгрессъ по криминальной антропологій въ Брюсселѣ.—*Dr Суховъ*, Отчетъ по дому умалишенныхъ и психіатрическому отдѣленію Уфимской губернской земской

больницы за 1892 г.—*Dr. А. В. Тимофеевъ и М. В. Игнатовъ*, Основы психіатрической экспертизы, 1893.—*Проф. Н. М. Поповъ*, Къ строенію перекрета зрительныхъ нервовъ у человека, 1893.—*Ею-же*, Къ вопросу объ измѣненіи зрительныхъ нервовъ при спинной сухоткѣ, 1893.—*Dr. В. И. Васильевъ*, Случай психоза послѣ холеры, 1893.—Отчетъ о состояніи колоніи душевно-больныхъ въ селѣ Бурашевъ.—*Проф. И. Н. Оболенскій*, О сифилитическихъ невралгіяхъ, 1873.—*Dr. В. Павловъ*, Къ технику метода Golgi 1893,—Fiftieth annual Report of the managers of the Utica state Hospital at Utica, 1892.—Мѣры противъ холеры въ Иркутской губерніи, 1892.—*Dr. Я. А. Боткинъ*, Нравственное помѣшательство, 1893.—*Prof. Bechterew*, Ueber neuro-psychische Störungen bei chronischen Ergotismus, 1892.—*Проф. Н. А. Толмачевъ*, О состояніи учреждений общества краснаго креста въ Венгріи, 1890.—*Ею-же*, Случай находженія посторонняго тѣла во влагалищѣ матки, 1890.—Труды комиссіи, избранной медицинскимъ факультетомъ Казанскаго университета для изученія Коховской лимфы, 1891.—*Dr. Рожанскій*, Къ ученію объ отношеніи спинного мозга и симпатическихъ узловъ къ сосудистой системѣ, 1889.—*Проф. И. Н. Лане*, Открытіе бактериологической станціи Казанскаго ветеринарнаго института, 1892.—*Dr. П. И. Якобъ*, Проектъ организаціи земскаго попеченія о душевно-больныхъ Московской губерніи, 1892.—*Проф. Д. В. Сербскій*, По поводу проекта организаціи попеченія о душевно-больныхъ Московской губерніи, 1893.—*Ею-же*, Общій обзоръ проекта организаціи о душевно-больныхъ Московскаго губернскаго земства, 1893.—*Проф. Н. Высоцкій*, Тифозная эпидемія въ Казани и способы борьбы съ нею, 1892.—*Ею-же*, О причинахъ заразныхъ болѣзней, 1887.—*Ею-же*, Холера и способы борьбы съ нею, 1892.—*Проф. Н. А. Толмачевъ*, Ueber einen Fall von Peritonitis perforativa bei einem 3 Tage alten Kinde.—*Ею-же*, О демонстраціи способа осажденія сѣрнокислою магнезіей бѣлковъ женскаго молока, 1890.—*Ею-же*, Къ вопросу о дезинфекціи при заразныхъ болѣзняхъ, 1892.—*Проф. Н. Высоцкій*, О сняемъ нагноенія.—*Dr. Wnikow*, Ueber Veränderungen der Muskeln und Sehnen bei Lepra.—*Проф. Н. М. Любимовъ*, О проказѣ въ Вилюйскомъ округѣ, 1892.—*Ею-же*, Къ патологіи крови при сыпномъ тифѣ, 1892.—*Проф. А. Г. Ге*, По поводу надзора за проституціей въ Казани, 1892.—*В. К. Случевскій*, Гипнотизмъ на уголовномъ судѣ, 1892.—*Проф. И. Н. Лане*, Къ вопросу о бѣшенствѣ, 1893.—*Проф. Н. А. Толмачевъ*, Листья Eucalypti globuli.—*Ею-же*, Ein Fall von semilunaren Klappen der Harnröhre.—*Prof. Tolmalschew*, Neue Fälle der Verwachsung des weichen Gaumensegels mit hinteren Pharynxwand.—*Prof. S. Lewaschew*, Ueber die Mikroorganismen des Flektyphus.—*Ею-же*, Ueber die Microparasiten des Flektyphus.—*Prof. Tolmalschew*, Zur Lehre über transitorische Erbliradung in acuten Krankheiten.—*Dr. Panormoff*, Examen chimique et anatomo-pathologique de quelques organes d'un diabetique, 1886.—*Dr. А. А. Панормовъ*, О сахарѣ въ мышцахъ.—*Ею-же*, Бензоилированіе нѣкоторыхъ углеводовъ и спиртовъ.

---

Печатать дозволено. Харьковъ, 28-го августа 1893 года.

(Изъ поликлиники проф. П. И. Ковалевскаго).

## Paralysis spinalis syphilitica Erb'a.

Андрей Поповъ,

ординаторъ при кафедрѣ нервныхъ и душевныхъ болѣзней  
въ Харьковѣ.

Въ прошломъ году проф. Erb'омъ была описана новая болѣзнь спинного мозга подъ названіемъ „Syphilitische Spinalparalyse“ <sup>1)</sup>, которая, по его мнѣнію, по своей характерной клинической картинѣ, стоитъ довольно близко къ myelitis transversa, но, въ виду извѣстныхъ типическихъ особенностей, должна быть выдѣлена какъ болѣзнь системная, sui generis, нерѣдко развивающаяся у сифилитиковъ и, при тщательно проведенномъ леченіи, дающая часто благопріятные исходы.

До Erb'a, нѣсколько раньше, Charcot пытался нѣкоторые случаи, подобные описаннымъ первымъ, выдѣлять въ особую подгруппу, такъ сказать, и смотрѣлъ на нихъ какъ на „myelitis transversa syphilitica“.

Почти одновременно съ Erb'омъ даннымъ вопросомъ занимался приватъ-доцентъ по нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ при Императорскомъ Харьковскомъ университетѣ, Н. И. Мухинъ <sup>2)</sup>, имѣя возможность наблюдать въ пріемныхъ покояхъ проф. П. И. Ковалевскаго давно уже особо помѣченное, изрядное количество случаевъ съ картиной, не входившей во всѣ извѣст-

<sup>1)</sup> Prof. Erb, Ueber syphilitische Spinalparalyse, Neurolog. Centralb., 1892, № 6.

<sup>2)</sup> Н. И. Мухинъ, Paralysis spinalis syphilitica. Архивъ психіатріи, 1892, № 4 и Centralblatt f. Nervenheilkunde, 1892.

ныя рамки. Появляется работа Erb'a и нашему молодому ученому остается только присоединиться къ взгляду проф. Erb'a, расширивъ симптоматологію и указавъ успѣшность терапіи подобныхъ случаевъ въ Пятигорскѣ подъ руководствомъ уважаемаго проф. П. И. Ковалевскаго, котораго авторъ состоялъ ассистентомъ.

Marie <sup>1)</sup> вскорѣ также призналъ правильнымъ считать эту форму болѣзни за самостоятельную и также, какъ и Н. И. Мухинъ, принимаетъ терминъ, данный проф. Erb'омъ, достаточно цѣлесообразнымъ. Далѣе была отпечатана новая работа въ текущемъ году изъ кабинета проф. П. И. Ковалевскаго: „Къ ученію о спинномъ сифилитическомъ параличѣ Erb'a“ <sup>2)</sup>— проф. П. И. Ковалевскаго и Н. В. Краинскаго, въ которой указывается интересный, до того никѣмъ не упомянутый симптомъ,—повышеніе при данной болѣзни термическихъ рефлексовъ.—Также должно упомянуть о работѣ Н. В. Краинскаго изъ кабинета проф. П. И. Ковалевскаго <sup>3)</sup>, въ которой авторъ, на основаніи значительнаго числа изслѣдованій, высказываетъ мнѣніе, что при спинальномъ сифилитическомъ параличѣ какъ тактильная, такъ и болевая психофизическая реакція почти ничѣмъ, не отличается отъ нормы, или же представляетъ весьма ничтожныя пониженія.

Въ недавнее же время появилась еще одна довольно обширная и интересная статья по вопросу о сифи-

<sup>1)</sup> Marie, De la syphilis medullaire, La semaine medicale, 1893, 5.

<sup>2)</sup> Проф. П. И. Ковалевскій и Н. В. Краинскій, Къ ученію о спинномъ сифилитическомъ параличѣ Erb'a. Сборникъ статей, посвященный проф. И. Н. Оболенскому его учениками въ двадцатипятилѣтіе его ученой и учебной дѣятельности, 1893.

<sup>3)</sup> Н. В. Краинскій, Изслѣдованіе психофизической реакціи тактильнаго и болевого чувства у здоровыхъ людей и у нервно и душевно больныхъ, 1893.

литическомъ спинальномъ параличѣ, принадлежащая д-ру Кух<sup>1)</sup>, въ которой очень обстоятельно разбирается данный вопросъ и приводится значительное количество случаевъ „спинального сифилитического паралича“, изъ клиники и поликлиники prof. Erb'a.

Наконецъ, остается еще упомянуть о работѣ Н. И. Мухина<sup>2)</sup> касающейся артропатіи вообще при сифилисѣ, гдѣ авторъ между прочимъ приводитъ случай артропатіи при спинальномъ сифилитическомъ параличѣ Erb'a, при чемъ авторъ указываетъ на то, что и трофическія разстройства не чужды разбираемому страданію.

Итакъ вопросъ о „спинномъ сифилитическомъ параличѣ Erb'a“ постепенно разрабатывается, при чемъ систематически это ученіе о немъ изложено въ работѣ проф. П. И. Ковалевскаго<sup>3)</sup>. Въ виду большого интереса этого страданія и успѣшности терапіи случаевъ „сифилитического спинального паралича“ въ поликлиникѣ проф. П. И. Ковалевскаго въ Пятигорскѣ, я считаю позволительнымъ представить и отъ себя нѣсколько случаевъ „paralysis spinalis syphilitica“, которые я имѣлъ случай наблюдать въ поликлиникѣ проф. П. И. Ковалевскаго. Но предварительно нахожу уместнымъ изложить краткій очеркъ ученія о данномъ страданіи.

Спинальный сифилитическій параличъ представляетъ, по мнѣнію всѣхъ вышеупомянутыхъ авторовъ—*системное* пораженіе спинного мозга.

---

<sup>1)</sup> Dr Sidney Kuh, Die paralysis spinalis syphilitica (Erb) und verwandte Krankheitsformen, Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde, 1893.

<sup>2)</sup> Н. И. Мухинъ, Артропатія и сифилисъ, см. Сборникъ, посвященный И. Н. Оболенскому, 1893 г.

<sup>3)</sup> Проф. П. И. Ковалевскій, Сифилисъ мозга и его леченіе, Изданіе 2, 1893 г.

\*

Что касается картины *патолого-анатомическихъ* измѣненій при данной формѣ заболѣванія, то здѣсь существуютъ лишь предположенія проф. Егб'а, — съ чѣмъ согласны и другіе авторы, — установленныя на основаніи клинической картины болѣзни; именно высказывается гипотеза, что здѣсь происходитъ поврежденіе задней части обоихъ боковыхъ пучковъ спинного мозга, въ чемъ участвуютъ то въ большей, то въ меньшей мѣрѣ и интенсивности также задніе рога сѣраго вещества и задніе столбы его. Точныхъ патологоанатомическихъ и гистологическихъ наблюденій въ данномъ направленіи, къ сожалѣнію, пока не имѣется. Высказывается предположеніе, что измѣненія сводятся къ мѣлитической инфильтраціи спинного мозга и частью мѣлитической дегенерациі; оба процесса имѣютъ исходнымъ началомъ измѣненія въ артеріяхъ спинного мозга, являющіяся послѣдствіемъ вліянія специфическаго болѣзнетворнаго яда.

Обращаясь къ *этіологіи* даннаго заболѣванія спинного мозга, мы находимъ, что всѣ наблюдатели останавливаются прежде всего на сифилисѣ. Проф. Егб до того убѣжденъ въ зависимости даннаго страданія отъ сифилитическаго токсина, что у больныхъ съ явленіями, присущими данному спинномозговому страданію, ставилъ даже діагнозъ нѣкогда происшедшей инфекціи сифилисомъ, только на основаніи однихъ этихъ явленій, и діагнозъ его всегда подтверждался анамнезомъ. На этомъ основаніи онъ считаетъ сифилисъ главною, основною и даже единственною причиною описываемаго страданія, откуда устанавливается за нимъ и терминъ „syphilitische“. Н. И. Мухинъ <sup>1)</sup>, не отрицая значенія инфекціи сифилисомъ при данномъ страданіи, тѣмъ не менѣе высказываетъ предпо-

---

<sup>1)</sup> Н. И. Мухинъ, Paralysis spinalis syphilitica, см. выше.

ложение, что и другіе токсины могутъ такъ или иначе вызывать подобную же картину спинномозгового заболѣванія.

Проф. П. И. Ковалевскій <sup>1)</sup> поддерживаетъ то мнѣніе, что paralysis spinalis, названный Erb'омъ сифилитическимъ, дѣйствительно въ огромнѣйшемъ большинствѣ случаевъ бываетъ отъ сифилиса; но могутъ быть случаи данной болѣзни, въ которыхъ причиннымъ моментомъ будетъ и не сифилисъ. Это во 1-хъ тѣ несомнѣнные случаи, въ которыхъ, при самомъ тщательномъ изслѣдованіи невозможно бываетъ установить явленій сифилиса, ни благопріобрѣтеннаго, ни наслѣдственнаго,—а таковыя случаи проф. Ковалевскому наблюдать приходилось, и во 2-хъ случаи, въ которыхъ болѣзнь принимала данную картину при латеріазѣ, т. е. при отравленіи чиною.

Что касается другихъ, не прямыхъ, причинъ сифилитическаго спинальнаго паралича, то здѣсь указываютъ на травму, перенапряженіе и т. д.; возрастъ отъ 30 до 45 лѣтъ будто бы наиболѣе излюбленный для появленія этого страданія, хотя оно наблюдалось и отъ 20 до 30 лѣтъ и даже въ 45 и 55 лѣтъ отъ роду (1 случай у Erb'a). Женскій полъ данною болѣзью поражается несравненно рѣже, чѣмъ мужской; такъ, по статистикѣ д-ра Kuh, количество заболѣваній мужчинъ относится къ таковому у женщинъ какъ 10 : 1. О прочихъ причинахъ paralysis spinalis syphilitica упоминать не буду: онѣ тѣ же, что и при tabes dorsalis.

*Время, протекающее между днемъ инфекціи и появленіемъ признаковъ сифилитическаго спинного паралича, далеко неодинаково во всѣхъ до настоящаго времени*

---

<sup>1)</sup> Проф. П. И. Ковалевскій, Сифилисъ мозга и его лечение, 1893 г.

наблюдавшихся случаяхъ. Изъ 22 случаевъ проф. Erb'a, въ которыхъ довольно точно отмѣчены данныя въ этомъ отношеніи, въ 13-ти явленія „сифилитическаго спинного паралича“ наступили въ теченіи первыхъ трехъ лѣтъ послѣ инфекціи, въ 18 случаяхъ — въ теченіи первыхъ шести лѣтъ, и только въ 4 случаяхъ со времени инфекціи протекло отъ 9 до 20 лѣтъ. Изъ наблюденій Н. И. Мухина видно, что время это распределяется такъ: въ 1-мъ случаѣ явленія paralysis spinalis syphiliticae начали обнаруживаться уже черезъ 6 мѣсяцевъ послѣ инфекціи, въ 2-хъ случаяхъ черезъ годъ, въ 1-мъ черезъ годъ и 5 мѣсяцевъ, въ трехъ — черезъ 2 года, въ трехъ — черезъ 3 года, въ трехъ — черезъ 4 года, въ двухъ — черезъ 6 л., въ четырехъ — черезъ 8 лѣтъ, въ трехъ — черезъ 9 лѣтъ, въ трехъ — черезъ 10 лѣтъ, въ одномъ — черезъ 13 лѣтъ и въ одномъ — черезъ 15 лѣтъ. Короче сказать: на первые три года послѣ зараженія приходится 10 случаевъ; въ 8-ми случаяхъ между инфекціей и временемъ нервнаго заболѣванія прошло отъ 9 до 15 лѣтъ; и въ 19 случаяхъ, т. е. нѣсколько болѣе  $\frac{2}{3}$ , — болѣзнь обнаружилась въ первыя 8 лѣтъ. Dr Kuh, останавливаясь на времени появленія болѣзни послѣ первичной инфекціи сифилисомъ, замѣчаетъ, что въ 7-ми случаяхъ болѣзнь появилась черезъ годъ послѣ первичнаго заболѣванія сифилисомъ; въ 14 случаяхъ между 1—2 г., въ 13 — между 2—4 г. и въ 2 — между 4—5 г.; въ 5 случаяхъ между 6 и 10 годами, въ 6 — между 10—15 г., въ 4 — черезъ 20 лѣтъ и болѣе. Такимъ образомъ въ 36 случаяхъ на 52 болѣзни развилась въ первыя шесть лѣтъ послѣ первичнаго заболѣванія. На основаніи приведенныхъ статистическихъ данныхъ, приходится принять, что болѣзнь эта относится къ очень раннимъ проявленіямъ сифилиса въ его третичной формѣ.



Проявленіе и развитіе этого страданія большею частью очень постепенно, въ этомъ согласны всѣ. Иной разъ ядъ сифилитическій какъ бы даетъ время больному забыть о существованіи инфекции, а самъ незамѣтно созидаетъ одинъ за другимъ медленно, но неуклонно, отдѣльные признаки, пока наконецъ больной не проникнется убѣжденіемъ, что уже давно пора бы позаботиться о надлежащемъ леченіи; однако и теперь онъ врага своего болѣе склоненъ усматривать въ условіяхъ жизни, чѣмъ въ нѣкогда бывшей инфекціи.

Проявленія этого страданія не отличаются постоянствомъ начальныхъ признаковъ и не во всѣхъ случаяхъ протекаютъ одинаково. Почти всегда дѣло начинается продолжительною слабостью и нѣкоторою негибкостью и затрудненностью движенія нижнихъ конечностей, постепенно усиливающейся утомляемостью, тамъ и сямъ временными болями и парѣстезіями. Парѣстезіи носятъ характеръ „ползанія мурашекъ“, зуда „пріятнаго онѣмѣнія“ и т. п. и ощущаются чаще въ конечностяхъ, а изрѣдка бываютъ и въ области epigastrii. Въ рѣдкихъ случаяхъ субъективныя ощущенія сводятся къ опоясыванію, ощущенію жженія въ кожѣ, какъ бы электризаціи въ ней и бархатистости; дрожь въ нижнихъ конечностяхъ и чувство вытяженія также нерѣдко упоминаются больными. Въ иныхъ случаяхъ наблюдаются гиперѣстезіи въ видѣ болей въ позвоночникѣ и сѣдалищѣ; не рѣдко болѣзненные ощущенія наблюдаются въ груди, межреберной области, нижней части живота, нижнихъ конечностяхъ, особенно въ колѣняхъ и т. д.; подергиванія въ мускулахъ и судороги въ ногахъ хотя рѣдки очень, но все же исключены быть не могутъ. Всѣ указанныя ощущенія чаще имѣютъ начало въ нижнихъ конечностяхъ, а отсюда, съ теченіемъ времени, проявляются и на другихъ частяхъ тѣла.

имѣя какъ бы восходящій характеръ. Такимъ образомъ болѣзнь заявляетъ о себѣ часто субъективными признаками. Dr Kuh приводитъ случай, гдѣ въ началѣ болѣзни прежде всего объективно была замѣчена анестезія нижнихъ конечностей и выше, почти до пупка.

Но не всегда дѣло идетъ постепенно, иногда начальный періодъ протекаетъ очень быстро и рано выясняется картина „сифилитического спинного паралича“ съ его главными характерными признаками.

Однимъ изъ таковыхъ при *paralysis spinalis syphilitica* можно считать явленія *спастическихъ парезовъ* нижнихъ конечностей, болѣе или менѣе выражающіяся въ походкѣ больного и вообще движеніяхъ нижнихъ конечностей, а также въ положеніи организма. Вторымъ главнымъ постояннымъ признакомъ является *повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ* нижней половины тѣла, даже вѣрнѣе, нижнихъ конечностей, особенно же бываютъ рѣзко повышены сухожильные рефлексы колѣна и стопы. При этомъ почти всегда мышцы нижнихъ конечностей до извѣстной степени напряжены, *ригидны*; часто также наблюдается нѣкоторое исхуданіе мышцъ, но безъ измѣненія реакціи. *Чувствительность* нижнихъ конечностей также подвергается *небольшимъ*, но, почти обязательно бывающимъ, *разстройствамъ*; такъ наблюдаются, какъ уже выше сказано, парестезіи, по временамъ неопредѣленнаго характера боли; анестезіи кожныхъ чувствъ и проч.

Рядомъ съ этимъ всегда наблюдаются *разстройства отпращиваній мочевого пузыря*, при чемъ сплошь и рядомъ это одно изъ раннихъ и характерныхъ явленій. Обыкновенно разстройство мочевого пузыря является въ формѣ ослабленія дѣятельности детрузора,—рѣже наблюдается слабость сфинктера. Здѣсь не мѣшаетъ обратить вниманіе на одну особенность этого симп-

тома; нерѣдко случается, что, если появляется побужденіе къ мочеиспуканію, то больной немедленно долженъ удовлетворить этому позыву, въ противномъ случаѣ наступаетъ отдѣленіе мочи противъ его воли<sup>1)</sup>. Наблюдается также еще одна особенность: указанная спастичность въ области мочевого пузыря, а иногда и гестіи проявляется иногда также при значительныхъ нравственныхъ волненіяхъ, напр., при осмотрѣ врачомъ и т. п. Въ числѣ раннихъ проявленій болѣзни встрѣчается также *разстройство прямой кишки*, именно чаще въ формѣ задержанія. *Ослабленіе половой дѣятельности* хотя и не представляетъ безъусловно обязательнаго признака, тѣмъ не менѣе не рѣдко сопутствуетъ разстройствамъ vesicae и recti. Вотъ всѣ обязательныя при paralysis spinalis syphilitica явленія, на которыя впервые указалъ въ своей работѣ проф. Erb, — что вполне согласовалось съ наблюденіями, отмѣченными уже раньше въ поликлиникѣ проф. П. И. Ковалевскаго.

Если процессъ продолжаетъ распространяться на другіе отдѣлы нервной системы, то къ вышеуказаннымъ явленіямъ присоединяются такіе симптомы, какъ: атактическая походка, боли въ плечахъ, симптомы со стороны глазныхъ мускуловъ и зрачковъ, головокруженіе и другія проявленія сифилитическаго пораженія того или иного отдѣла центральной нервной системы.

Прежде чѣмъ перейти къ распознаванію даннаго заболѣванія, я нахожу умѣстнымъ остановиться на разногласіи по поводу нѣкоторыхъ частныхъ, касающихся даннаго вопроса. Прежде всего существуетъ разногласіе во взглядѣ на отношенія количества случаевъ tabes къ количеству случаевъ спинальнаго сифилитическаго паралича.

<sup>1)</sup> Проф. П. И. Ковалевскій, Сифилисъ мозга и его леченіе, 1893 г.

Проф. Erb, на основаніи своихъ клиническихъ наблюдений, полагаетъ, что данное заболѣваніе встрѣчается приблизительно въ 10 разъ рѣже *tabes dorsalis*, именно за послѣдніе 10 лѣтъ на 400 случаевъ *tabes* онъ наблюдалъ лишь 30—35 случаевъ паралича; Н. И. Мухинъ утверждаетъ въ своей работѣ, что сифилитическій спинальный параличъ встрѣчается чаще: ему пришлось наблюдать въ поликлиникѣ проф. П. И. Ковалевскаго на 23 случая *tabes*—28 случаевъ *paralysis spinalis syphilitica*. Такимъ образомъ, по мнѣнію Н. И. Мухина, спинальный сифилитическій параличъ встрѣчается не только не рѣдко, но, напротивъ, чаще *tabes*.

Магіе, дѣлая обзоръ сифилитическимъ заболѣваніямъ въ области нервной системы, между прочимъ касается вопроса о спинальномъ сифилитическомъ параличѣ, при чемъ онъ принимаетъ количество случаевъ *paralysis spinalis* среднее между этими крайними взглядами. Не соглашаясь съ взглядомъ проф. Erb'a, что данное страданіе является столь рѣдко, онъ не признаетъ правильнымъ и данныя Н. И. Мухина, считая ихъ не соответствующими желательной дѣйствительности, въ виду особенностей въ характерѣ приѣма больныхъ и своеобразности поступленія матеріала въ термальную бальнеологическую станцію, гдѣ главнымъ образомъ наблюдалъ свои случаи Н. И. Мухинъ.

Въ вышеуказанной статьѣ проф. П. И. Ковалевскій<sup>1)</sup> по этому поводу говорить: „Съ этимъ мнѣніемъ Магіе я вполне согласенъ и могу подтвердить, что данныя д-ра Мухина стоятъ значительно выше нормы какъ въ силу условій, указанныхъ Магіе, такъ и потому, что я посылалъ д-ру Мухину только тяжелыя

<sup>1)</sup> Уже цитиров. работа проф. П. И. Ковалевскаго и Н. В. Краинскаго.

формы *tabes*, болѣе же легкія формы его миновали, слѣдовательно его выводъ о количественномъ соотношеніи *tabes* и *paralysis spinalis syphilitica* преувеличенъ“. Кажется, что этотъ вопросъ можетъ быть теперь окончательно разрѣшенъ въ томъ смыслѣ, что случаи *tabes*'а пока наблюдаются чаще спинальнаго сифилитическаго паралича, по крайней мѣрѣ уважаемый проф. П. И. Ковалевскій сообщилъ мнѣ, что за послѣдніе полтора года на 65 случаевъ *tabes* наблюдалось 32 случая *paralysis spinalis syphilitica*.

Второе небольшое разногласіе во взглядахъ проф. Erb'a и Н. И. Мухина касается участія зрачковъ при спинальномъ параличѣ. Проф. Erb высказалъ тотъ взглядъ, что при спинальномъ параличѣ не наблюдаются болѣзненные явленія со стороны зрачковъ. Н. И. Мухинъ, напротивъ, склоненъ утверждать противное, такъ какъ въ трехъ, изъ восьми приводимыхъ имъ случаевъ, дѣйствительно наблюдалось разстройство отправления *iridis*. Dr Kuh смотритъ на эти разстройства какъ на случайныя, говоря, что къ симптомамъ *paralysis spinalis syphilitica* присоединяются иногда явленія со стороны зрачковъ: *myosis*, ослабленіе реакціи и т. п. Такимъ образомъ, вопросъ остается пока открытымъ.

Діагностировать спинальный сифилитическій параличъ не представляется большого затрудненія. Прежде всего слѣдуетъ принимать въ соображеніе типическое въ большинствѣ случаевъ теченіе *paralysis spinalis syphiliticae*, нѣкоторую особенность спастическихъ явленій, повышенія сухожильныхъ и термическихъ рефлексовъ и, главное, разстройства мочевого пузыря и прямой кишки, при отрицательныхъ данныхъ со стороны электрическаго раздраженія и трофическихъ разстройствъ и неопредѣленности разстройствъ чувствительной области.

Ближе всего къ спинальному сифилитическому параличу стоитъ картина *sclerosis lateralis*.

Главные признаки *paralysis spinalis syphiliticae* (спастическая походка, повышение сухожильныхъ рефлексовъ, разстройство отпавленій мочевого пузыря и т. д.) бываютъ и при *sclerosis lateralis*, но напряженность симптомовъ, а съ другой стороны количественная разница облегчаютъ дифференцировку. Считаю наиболѣе удобнымъ представить таковую въ видѣ слѣдующей таблички:

	<i>Sclerosis lateralis</i>	<i>Paralysis spinalis syphilitica</i>
Спастическая походка.	Обязательна и всегда рѣзко выражена.	Походка паралитическая со спастическимъ отгнкомъ.
Ригидность мускуловъ.	Выражена рѣзко.	Значительно слабѣе.
Сухожильные рефлексы колѣна.	Повышеніе выражено рѣзко.	Повышеніе менѣе рѣзкое.
Стопный клонусъ.	Всегда.	Не всегда и слабѣе.
Термическіе рефлексы.	Ничего ненормальнаго.	Почти всегда повышены.
Разстройство отпавленій мочевого пузыря.	Необязательное и иногда какъ времен. явленіе.	Постоянное и главное явленіе.
Разстройства ректальной и половой сферы.	Рѣдко очень наблюдаются, почти всегда нормальны.	Почти всегда наблюдаются.
Глазные мускулы.	Уклоненій не бываетъ.	Уклоненія иногда бываютъ.

Трофическія раз- стройства.	Отсутствуютъ таковыя.	Въ рѣдкихъ слу- чаяхъ бываютъ.
Сенсоріальныя функціи.	Уклоненій не бываетъ.	Не рѣдки: парэ- стезіи, анестезіи, гипералгезіи и пр.; нарушеніе термиче- скаго чувства и т. п.
Исходъ и пред- сказаніе.	Неблагопріятны.	Предсказаніе до- вольно благопріят.

Дифференціальный діагнозъ между *paralysis spinalis syphilitica* и *myelitis transversa diffusa* провести довольно трудно. До работы проф. Erb'a, Charcot на всѣ случаи *paralysis spinalis syphilitica* прямо смотрѣлъ какъ на *myelitis transversa*, добавляя лишь *syphilitica* и считая правда за самостоятельную форму, какъ я выше уже говорилъ. Это обстоятельство указываетъ, что сходство спинного сифилитическаго паралича съ *myelitis transversa* очень большое; тѣмъ не менѣе проф. Erb'у удалось отличить ихъ одно отъ другого. Важно обращать вниманіе на слѣдующія обстоятельства.

Параплегія наблюдается при томъ и другомъ страданіи, но при *myelitis transversa* она всегда значительно рельефнѣе выражена и при этомъ остается болѣе стойкой. Неспособность къ движенію также безъусловно рѣзче.

Обѣимъ болѣзнямъ свойственна ригидность мускуловъ, но при *myelitis transversa* она бываетъ замѣтна очень сильно, тогда какъ при *paralysis spinalis syphilitica* таковая сравнительно менѣе выражена.

Нарушенія въ чувствительной области бываютъ и при той и при другой болѣзни; но при *paralysis spinalis syphilitica* онѣ менѣе замѣтны, тогда какъ при *myelitis transversa* расстройства чувствительности рѣзко выражены.

Наконецъ, разстройство въ отправленіи мочевого пузыря, а также прямой кишки, наблюдается при *paralysis spinalis syphilitica* постоянно и бываетъ почти всегда однимъ изъ первыхъ и наиболѣе устойчивыхъ явленій,—при *myelitis* же *transversa diffusa* не сифилитическаго происхожденія таковыя совершенно отсутствуютъ, или по началу и характеру проявленій отличны бываютъ отъ таковыхъ же при спинальномъ сифилитическомъ параличѣ.

Присутствіе рѣзкихъ явленій атрофіи мускуловъ говоритъ въ пользу *myelitis transversa*.

О дифференцировкѣ спинальнаго сифилитическаго паралича отъ *tabes dorsalis* едва ли надлежитъ говорить, такъ какъ эти два страданія очень рѣзко разнятся между собою. Бываютъ случаи, когда наблюдается какъ бы сочетаніе симптомовъ, присущихъ *paralysis spinalis syphiliticae* и *tabes*; тутъ безъ сомнѣнія нужно допустить пораженіе спинного мозга, свойственное обоимъ указаннымъ болѣзнямъ и діагностировать какъ сочетаніе ихъ, а не какъ новую самостоятельную картину спинномозгового страданія<sup>1)</sup>.

Далѣе бываетъ иногда нужно отличить данную болѣзнь отъ *множественнаго цереброспинальнаго склероза*. Здѣсь всегда нужно обращать вниманіе на отсутствіе характерной дрожи при волевыхъ движеніяхъ, столь присущей множественному склерозу и *нистагма, безусловно говорящаго въ пользу множественнаго склероза*. При спинномъ параличѣ рѣчь ничѣмъ не отличается отъ обыкновенной, тогда какъ при множественномъ склерозѣ она дрожащая, скандирующая,—голосъ монотонный и глухой.

<sup>1)</sup> Prof. P. Kowalewsky, Zur Lehre über die Paralysis spinalis syphilitica, Neurolog. Centralblatt, 1893, № 12.



Выраженіе лица при множественномъ склерозѣ часто носитъ не малую долю оттѣнка слабоумія, чего при paralysis spinalis syphilitica наблюдать не приходится. Характеръ разстройства мочевого пузыря и прямой кишки, а также половой дѣятельности, всегда можетъ помочь проведенію дифференціального діагноза между этими страданіями. Sclerosis multiplex почти всегда наблюдается въ періодѣ отъ 15 до 30 лѣтняго возраста, тогда какъ о paralysis spinalis syphilitica нельзя того же сказать, такъ какъ послѣдній наблюдается преимущественно свыше 30 лѣтъ; а проф. Erb наблюдалъ случай спинальнаго сифилитическаго паралича у 55-ти лѣтняго больного.

Характеръ двигательныхъ разстройствъ нижнихъ конечностей, отсутствіе, слабость или быстротечность болѣй и явленій чисто церебральныхъ, наконецъ, анамнезъ и характеръ развитія болѣзни всегда могутъ дать руководящую нить для отличія этихъ заболѣваній.

Далѣе считаю не лишнимъ упомянуть объ отличіи даннаго заболѣванія отъ случаевъ *кровоизліянія* въ спинной мозгъ.

Спинномозговое кровоизліяніе отличается всегда быстротой и внезапностью своего начала; быстрый ходъ болѣзни и полнота развитія симптомовъ почти съ самаго момента кровоизліянія также говорятъ не въ пользу спинальнаго сифилитическаго паралича. Рѣзко выраженное пораженіе чувствительной области, безъ сомнѣнія, говорятъ за кровоизліяніе скорѣе, чѣмъ за paralysis spinalis syphilitica. Наконецъ, атрофія и перерожденіе мускуловъ служатъ признакомъ, говорящимъ безусловно въ пользу кровоизліянія, а не paralysis spinalis syphilitica. Этиологическія данныя, разъ они извѣстны, также помогаютъ отличить кровоизліяніе въ спинномъ мозгу отъ спинальнаго сифилитическаго паралича.

Теперь остается сказать нѣсколько словъ о дифференцированіи случаевъ *myelitis ex compressio* отъ *paralysis spinalis syphilitica*.

Какъ при той, такъ и другой болѣзни можно наблюдать параплегію; но разница между ними состоитъ въ томъ, что при *paralysis spinalis syphilitica* параплегія не такъ рѣзко бываетъ выражена, тогда какъ при *myelitis ex compressio* параплегія увеличивается постепенно, къ ней присоединяется атрофія, а позже и реакція перерожденія. Разстройства въ отправленіяхъ мочевого пузыря и прямой кишки наблюдаются при томъ и другомъ страданіи, но при *myelitis ex compressio* онѣ являются много позднѣе, тогда какъ при *paralysis spinalis syphilitica* таковыя сплошь и рядомъ наблюдаются въ началѣ и бываютъ, такъ сказать, чуть не самымъ главнымъ признакомъ. Явленія ирритачіи столь обычныя при *myelitis ex compressio*, далеко не всегда, а то и совершенно рѣдко, бываютъ при *paralysis spinalis syphilitica*. Далѣе, наконецъ, измѣненія того или иного характера въ области позвоночника, конечно, будутъ говорить за постановку діагноза „*myelitis ex compressio*“.

Вотъ главнымъ образомъ тѣ страданія, которыя нужно имѣть въ виду при постановкѣ діагноза „спинальный сифилитическій параличъ“.

Въ отношеніи своего *теченія* *paralysis spinalis syphilitica* отличается склонностью къ болѣе или менѣе стойкимъ улучшеніямъ; хотя, существуютъ наблюденія, по которымъ эта болѣзнь остается упорно стационарной очень и очень продолжительное время. Также нельзя отрицать и того обстоятельства, что спинной сифилитическій параличъ иногда проявляетъ поступательный характеръ. Ухудшенія состоянія здоровья могутъ появляться подъ вліяніемъ душей болѣе или менѣе холодныхъ, травматическихъ инсультовъ, чрез-

мѣрныхъ утомленій и т. п. Если присоединиться ко взгляду, высказанному проф. Erb'омъ, что сифилитическое происхожденіе даннаго заболѣванія внѣ всякаго сомнѣнія, то предсказаніе при спинальномъ сифилитическомъ параличѣ должно быть болѣе или менѣе порядочное и все-таки лучше, чѣмъ при подобныхъ-же пораженіяхъ спинного мозга не сифилитическаго происхожденія. Нельзя того-же сказать относительно случаевъ, гдѣ картина „спинного сифилитическаго паралича“ какъ-бы скомбинирована съ картиной другого страданія, или гдѣ постепенно являются осложненія болѣзни; теченіе этихъ случаевъ бываетъ болѣе сложное и чаще неблагопріятное.

Вотъ все, что пока можно сказать по отношенію къ разбираемому спинно-мозговому страданію.

Терапія этого страданія, почти не отличается отъ проводимой при myelitis; по поводу-же терапіи случаевъ paralysis spinalis syphilica въ Пятигорскѣ въ теченіе лѣтняго сезона, я намѣренъ поговорить ниже.

Теперь еще нахожу не лишнимъ упомянуть, что д-ръ Kuh <sup>1)</sup> выдѣляетъ случаи спинномозгового страданія, которые нельзя вполне отнести къ paralysis spinalis syphilitica, но которые все-же имѣютъ не мало общихъ съ нимъ чертъ,—почему авторъ предлагаетъ считать ихъ „*атипическими*“ *спинными сифилитическими параличами*.

Дѣло сводится здѣсь, какъ его описываетъ д-ръ Kuh, къ параплегии нижнихъ конечностей, которая появляется нерѣдко сразу, а въ иныхъ случаяхъ развивается постепенно въ теченіи нѣсколькихъ дней.

Картина retentionis et incontinentionis urinae наблюдается и при этой формѣ, причемъ таковыя присоединяются нерѣдко уже въ началѣ болѣзни. Болѣзнь—

---

<sup>1)</sup> Kuh, l. c.

имѣетъ періодъ предвѣстниковъ, которые состоятъ въ появленіи болей въ ногахъ, крестцѣ и другихъ частяхъ тѣла; постепенно присоединяются сюда парѣстезіи, судороги мишцъ голени, нѣкоторая мышечная напряженность нижнихъ конечностей; иногда атрофія мускуловъ; сенсоріальная область или вовсе не поражается, или-же въ слабой степени. Рѣзкое отличіе между этими болѣзнями представляетъ состояніе *сухожильныхъ рефлексовъ*; въ то время какъ при *paralysis spinalis syphilitica* сухожильные рефлексы рѣзко и ясно выражены, при атипической формѣ Kuh'a они или значительно *понижены*, или-же даже вовсе *отсутствуютъ*. Со стороны *gestum* бываютъ осложненія въ видѣ запоровъ.

Дѣло будущаго рѣшить—на-сколько правильны наблюденія д-ра Kuh'a.

---

Принимая во вниманіе, что *paralysis spinalis syphilitica* болѣзнь еще новая и всякое клиническое наблюденіе можетъ послужить въ пользу выясненія ея, я позволю себѣ привести нѣсколько случаевъ *paralysis spinalis syphilitica*, которые я имѣлъ возможность наблюдать въ поликлиникѣ проф. П. И. Ковалевскаго.

1. О., 32 лѣтъ, холостъ, грамотенъ, крестьянинъ, имѣлъ *ulcus durum* 15 лѣтъ назадъ, послѣ которой вскорѣ развились вторичныя явленія, а черезъ нѣсколько мѣсяцевъ и апоплектиформный приступъ. Черезъ годъ у больного появились боли въ груди и у позвоночнаго столба справа, сопровождавшіяся запоромъ и задержаніемъ мочи. Къ этому присоединился параличъ нижнихъ конечностей, почему больной пролежалъ неподвижно въ постели около мѣсяца. Въ теченіе всего этого времени отдѣленія мочевого пузыря и прямой кишки производились искусственно, иногда

моча выдѣлялась и безъ катетера, но вяло и прерывисто, а иногда и произвольно. Одновременно съ болями и паралитическимъ состояніемъ у больного существовало сильное половое возбужденіе съ рѣдкимъ выдѣленіемъ спермы. Къ концу болѣзни явились пролежни и температура поднялась до 40°. По истеченіи мѣсяца больной случайно открылъ произвольную подвижность пальцевъ ноги, но встать на ноги не могъ, вслѣдствіе сильной дрожи въ ногахъ; такая же дрожь наблюдалась при напряженіи и въ мышцахъ туловища. Мускулы нижнихъ конечностей находились въ напряженномъ состояніи и даже прикосновеніе къ нимъ вызывало въ нихъ рѣзкую дрожь. Мало-по-малу больной началъ становиться на ноги, но ноги, особенно лѣвая, оказались слишкомъ одеревенѣлыми, или какъ бы „убинтованными“. Походка его совершалась такъ: упираясь на двѣ палки, онъ подвигалъ туловище впередъ, а затѣмъ волочилъ за собой ноги, при чемъ ноги носками цѣплялись за полъ и шаркали. При надавливаніи мозолью ноги на что либо твердое, или при прикосновеніи ногою къ холодному полу, туловище подскакивало. Одновременно съ этимъ отъ ступни до подложечки появилось ощущеніе ползанія мурашекъ, шипанія и жженія. Когда больной всталъ съ постели, то у него все-таки осталась тупая боль въ спинѣ, въ области поясничныхъ позвонковъ. Съ этихъ поръ и до настоящаго времени больной кое-какъ прозябалъ съ болѣзненными явленіями, которыя теперь представляются въ слѣдующемъ видѣ. При изслѣдованіи больного 10 іюня 1893 г. въ поликлиникѣ проф. П. И. Ковалевскаго оказалось: больной средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, анемиченъ и недостаточно упитанъ (по Тома-Цейсу 5,200000 кров. красн. тѣлецъ; по гемометру Флейшля—85 дѣленій, по гематокриту Gärtner'a—37 дѣленій; красныя кровяныя тѣльца отличаются

\*

ся малою величиною). Уродливостей и неправильностей черепа нѣтъ. Лимфатическія железы всего тѣла увеличены. Область головы и груди безъ особенностей. Брюшная полость переполнена каловыми массами. Мочи 1450 к. с., уд. в. 1016, реакція кислая, безъ патологическихъ частей. Мочеиспусканіе совершается такъ: явится позывъ, больной тужится,—но моча выдѣляется только черезъ 1—2' и то вяло, медленно и прерываясь. По ночамъ бываетъ иногда непроизвольное мочеиспусканіе, при чемъ больной съ началомъ мочеиспусканія просыпается, но задержать мочи не можетъ. Частые запоры; иногда случается и такъ: у больного является позывъ къ отдѣленію прямой кишки,—если больной остается покоенъ и не принимаетъ дѣятельнаго участія, то отдѣленіе совершается, если же онъ начинаетъ тужиться, то отдѣленіе пріостанавливается и экскременты не появляются. Половая дѣятельность совершенно отсутствуетъ. Въ области поясничныхъ позвонковъ болѣзненность,—въ нижнихъ конечностяхъ ощущеніе покалыванія, щипанія и жжения. Мускулы нижнихъ конечностей довольно рѣзко напряжены и въ нихъ наблюдаются подергиванія; реакція на электрической токъ безъ измѣненій. Кожная чувствительность безъ уклоненій, за исключеніемъ температурной, которая слегка понижена. Температура пробирки въ 10—14° вызываетъ рѣзкое сокращеніе не только мускуловъ той конечности, къ которой прилагаются пробирки, но и противоположной. Такое же рѣзкое повышеніе на ногахъ и сухожильныхъ рефлексовъ. Стопный клонусъ выраженъ на обѣихъ ногахъ; рефлексъ кремастера и брюшной ослаблены. При поднятіи больного, онъ ощущаетъ неловкость и связанность въ крестцовой области. Стоять безъ палки почти не можетъ, въ виду покачиванія, даже при открытыхъ глазахъ. Для передвиженія нижнихъ конечно-

стей требуется сильное напряженіе, при чемъ передвиженіе совершается медленно и съ большимъ усиліемъ. При поворотахъ происходитъ заплетаніе ногъ и царапанье земли. Всѣ болѣзненные явленія на лѣвой ногѣ выражены рѣзче. Аппетитъ и сонъ удовлетворительны.

2. Т., 54 лѣтъ, помѣщикъ, православный, семейный; наслѣдственности не обнаружено. Половое влеченіе проявилось на 14-мъ году; занятіе онанизмомъ отрицаетъ; съ 15 лѣтъ сильно злоупотреблялъ половыми сношеніями, иной разъ имѣлъ повторный coitus въ день съ 3—4 женщинами; въ зрѣломъ возрастѣ дѣлалъ тоже; изрѣдка злоупотреблялъ алкоголемъ и много курилъ. Дважды имѣлъ трипперъ и разъ *ulcus durum*. Восемь лѣтъ тому назадъ у него появилась язва на членѣ, потомъ—небольшіе бубоны въ пахахъ и черезъ два мѣсяца специфическое пораженіе кожи и слизистой оболочки полости рта и горла. Язва зарубцева-лась лишь по истеченіи 4 мѣсяцевъ подъ вліяніемъ специфическаго леченія. Семь лѣтъ тому назадъ у больного ночью во снѣ послѣдовалъ апоплектиформный приступъ. Съ слѣдующаго дня больной почувствовалъ родъ онѣмѣнія въ лѣвой нижней конечности и общую слабость въ ней; одновременно съ этимъ явилась терпкость въ правой рукѣ и легенькое заплетаніе языка. Въ теченіи трехъ мѣсяцевъ больной плохо ходилъ и было замѣтно ясное заплетаніе языка; въ рукѣ оставалась терпкость; потомъ постепенно все прошло, осталась нѣкоторая неувѣренность въ походкѣ и изрѣдка неясность рѣчи. Пять лѣтъ тому назадъ были дважды временныя амнези, продолжавшіяся по  $\frac{1}{4}$ —1 часу. Больной лечился, но часто прекращалъ леченіе въ первую же недѣлю, такъ какъ, вслѣдствіе появившейся сильной раздражительности, не легко уживался съ нѣкоторыми неудобствами жизни на курортахъ. По временамъ состояніе ухудшалось, боль-

ному назначалось специфическое лечение и дѣло шло лучше; вновь бросалъ лечение и вновь походка ухудшалась, усиливалась слабость, а далѣе появилась легкая утомляемость, цѣпленіе пола носкомъ ноги и проч.; не мало больного беспокоили запоры: со дня апоплектического инсульта больной не имѣлъ стула безъ клизмы или слабительнаго. Три года назадъ присоединилось задержаніе мочи; моча задерживалась предъ экскуринацией на 1—5', а иногда являлось непроизвольное мочеотдѣленіе за внезапнымъ позывомъ (чаще во снѣ). Года полтора тому назадъ появилось недержаніе и со стороны прямой кишки; иной разъ больному приходилось вслѣдствіе этого страдать нравственно, такъ какъ неоднократно непроизвольный стулъ наступалъ въ каретѣ, театрѣ и проч. Половая дѣятельность понижена, изрѣдка являлось *libido sexualis*,—эрекціи же отсутствуютъ. Состояніе нижнихъ конечностей въ теченіи послѣднихъ двухъ лѣтъ ухудшилось рѣзко: слабость, тяжесть и быстрая утомляемость усиливались, постепенно проявилась *trepiditas*, особенно при вставаніи и пр. Осенью прошлаго года больной обратился за помощію къ проф. П. И. Ковалевскому и по его совѣту прибылъ въ іюнѣ въ Пятигорскъ.—При изслѣдованіи больного оказалось: онъ невысокаго роста, умѣреннаго тѣлосложенія съ неудовлетворительнымъ питаніемъ организма. Вѣсъ тѣла—63,9 кил. Форма головы округленная, уродливостей и неправильностей черепа не замѣчается. Кожные покровы и доступныя наружному осмотру слизистыя оболочки—анемичны. Въ ширинѣ и равномерности зрачковъ уклоненій нѣтъ; реакція ослаблена. Слухъ пониженъ значительно. Лимфатическія железы всего тѣла нѣсколько увеличины. Со стороны грудныхъ органовъ, печени и селезенки ничего патологическаго не обнаружено. Моча безъ уклоненій; со стороны *vesicae*: произвольное мочеиспусканіе за-



труднено, является позывъ и послѣ 2—5' возможность эксуринации, иногда бываетъ произвольное выдѣленіе. Со стороны прямой кишки—постоянные запоры; половая способность понижена. Строеніе и подвижность позвоночника безъ уклоненій. Строеніе конечностей правильно. Мускулатура верхнихъ конечностей развита умѣренно; въ мускулатурѣ нижнихъ—замѣтна ригидность, при движеніяхъ быстрая утомляемость и усиленіе напряженности. Мышечная сократимость не представляетъ качественныхъ уклоненій. Очень интересна походка больного: палка его постоянный спутникъ, безъ нея онъ рѣдко соглашается сдѣлать 8—12 шаговъ. Опираясь на палку, при замѣтномъ напряженіи всего тѣла, больной переставляетъ ногу впередъ, при чемъ туловище каждый разъ совершаетъ передъ тѣмъ движеніе впередъ и въ сторону ноги; безъ палки передвиженіе тоже совершается, какъ бы благодаря „откидыванію“ туловища впередъ (какъ при плаваніи), а ноги движутся за туловищемъ. При этомъ рѣзко выражено шарканье пальцами по полу,—оно составляетъ главную жалобу больного; — при поворотахъ цѣпленіе еще рѣзче и больной иногда теряетъ въ это время равновѣсіе. Тактильное, болевое и мышечное чувства сохранены довольно порядочно; температурное чувство нѣсколько понижено, особенно на наружной и задней поверхности бедеръ нижнихъ конечностей. Рѣзко повышена фарадокожная чувствительность нижнихъ конечностей, особенно правой. Колѣнные рефлексы безусловно повышены, при чемъ на правой конечности они выражены сильнѣе; не менѣе рѣзко замѣтенъ голеностопный clonus, и здѣсь усиленіе превалируетъ на правой сторонѣ. Рефлексы epigastrii и брюшные нѣсколько понижены; рефлексъ кремастера пониженъ болѣе рѣзко; подошвенный кожный рефлексъ замѣтенъ. Прикосновеніемъ холода удается вы-

зывать сокращенія мускуловъ въ правой конечности, въ лѣвой это менѣе удачно. Аппетитъ и сонъ удовлетворительны. Съ психической стороны: общая слабость, раздражительность, нѣкоторая вялость воспріятія внѣшнихъ впечатлѣній, временами ипохондрическое настроеніе и значительная забывчивость.

3. Больной В. О., женатъ, управляющій имѣніемъ, католическаго вѣроисповѣданія, 33 лѣтъ. У родного брата—*morbus Basedowii*. Три года тому назадъ во время бритья въ парикмахерской случайно былъ обрѣзанъ. На мѣстѣ порѣза, у лѣваго края нижней губы, вскорѣ явилась гноящаяся язва, остававшаяся упорно въ теченіи двухъ мѣсяцевъ, причемъ шейныя железы значительно были увеличены. Черезъ 5—6 мѣсяцевъ появилась сыпь на кожѣ. Меркуріальныя инъекціи давали благопріятные результаты; больной два раза начиналъ лечиться и оба раза прекращалъ въ силу нѣкоторыхъ служебныхъ обязанностей. Въ маѣ 1892 года послѣ простуды сталъ ощущать по ночамъ боль въ спинѣ, въ дорзальной части. За появленіемъ болей вскорѣ послѣдовала—слабость ногъ, быстро прогрессирувавшая, и задержаніе мочи,—а черезъ мѣсяцъ замѣтилъ упадокъ половой способности. Антилюэтическая терапия нѣсколько улучшила общее состояніе, но слабость ногъ, задержаніе мочи и упадокъ половой способности продолжали усиливаться. Въ мартѣ 1893 года перенесъ двусторонній плевритъ. Въ поликлинику проф. П. И. Ковалевскаго въ Пятигорскѣ больной обратился за помощью 16 іюня 1893 года.

Больной довольно высокаго роста; средняго тѣлосложенія; питаніе организма недостаточное, волосистость всего тѣла—умѣренная. Неправильностей и уродливостей черепа не замѣчается. Со стороны органовъ зрѣнія замѣчается ослабленіе реакціи зрачковъ. Языкъ слегка дрожитъ. Въ полости носа и уха ничего пато-

логического не обнаружено. Лимфатическія железы шеи замѣтно увеличены. Въ нижнихъ доляхъ обоихъ легкихъ, особенно праваго, замѣчается ослабленіе дыханія; справа—признаки сращенія плевральныхъ листковъ легкаго. Легкій метеоризмъ. Со стороны мочевого пузыря—затрудненная эксуринація, между позывомъ и началомъ мочеиспусканія проходитъ нѣсколько минутъ. Изрѣдка бываютъ запоры. Половая дѣятельность понижена значительно. Строеніе, подвижность и чувствительность позвоночника безъ уклоненій. Строеніе конечностей правильное; замѣтна значительная адинамія ногъ. Тактильная чувствительность на нижнихъ конечностяхъ повышена; болевое чувство и температурное также повышено; чувство мѣста сохранено. Колѣнные рефлекты значительно повышены. Довольно ясный стопный clonus. Вазомоторные рефлексy нѣсколько повышены. Слабый признакъ Romberg'a. Аппетитъ непостоянный и причудливый,—нерѣдко плохой. Общая нервная раздражительность; измѣнчивость самочувствія, опасенія безъисходности состоянія здоровья; по временамъ умственная усталость, а иногда порывистость къ труду.

4. Больной А. Х., 28 лѣтъ, православный, женатъ, акцизный чиновникъ. Братъ и сестра больного умерли въ возрастѣ 20—25 лѣтъ отъ туберкулеза; остальные члены семьи ничѣмъ особеннымъ не страдали. Самъ больной росъ здоровымъ мальчикомъ и до двадцатипяти-лѣтняго возраста пользовался порядочнымъ здоровьемъ. Половое влеченіе обнаружено на 13 году: года полтора предавался онанизму, съ 16 лѣтъ имѣетъ половыя сношенія съ женщиной. Жизнь велъ не всегда правильную, не рѣдко злоупотреблялъ е Vascho et Venere; много и часто курить. Характера въ общемъ добраго, но вспыльчивъ и горячъ; не прочь жить въ мірѣ фантазій, но не тяготится дѣйствитель-

ностью. Около двухъ съ половиною лѣтъ тому назадъ получилъ *ulcus durum*, а вскорѣ и послѣдующія явленія въ видѣ сыпи по тѣлу. Врачъ, констатировавшій инфекцію сифилитическимъ ядомъ, сдѣлалъ нѣсколько инъекцій какого-то препарата ртути, послѣ чего видимые признаки люэтического зараженія исчезли. Въ октябрѣ 1892 г. больной сталъ ощущать по временамъ боли въ позвоночномъ столбѣ, въ области 7—10 грудн. позвонковъ, колющаго и рѣжущаго характера; постепенно боли усиливались и больной слегъ въ постель. Одновременно наблюдалось задержаніе мочеотдѣленія и смѣна запора поносомъ. По истеченіи 1½ мѣсяца больной поднялся, сталъ ходить и тутъ замѣтилъ слабость въ ногахъ; двѣ недѣли спустя онъ уже не въ состояніи былъ ходить, вслѣдствіе этой слабости. Полутормѣсячное леченіе въ Одессѣ оправило его на столько, что онъ могъ ходить съ палкой. 11-го іюня 1893 года онъ обратился въ поликлинику проф. П. И. Ковалевскаго въ Пятигорскѣ съ жалобой на симптомы вышеуказаннаго характера со стороны мочевого пузыря и гесті, ослабленіе половой функции и неудовлетворительность походки.

Изслѣдованіемъ больного обнаружено слѣдующее. Больной невысокаго роста, средняго тѣлосложенія, съ порядочнымъ питаніемъ организма. Измѣреніемъ черепа найдено: наибольшая окружность=55 см.; затылочно-ушная линія=12 см.; лобоушная=15 см.; подбородочноушная линія=15 см.; темянноушная=17 см.; кривая отъ *glabella* до *protuberantia occipitalis externa*=31 см.; высота лба=5 см.; ширина=14 см.; форма головы округленная; неправильностей и уродливостей черепа не замѣчается. Лицо чистое, слизистыя оболочки достаточно окрашены; подвижность вѣкъ сохранена; подвижность глазъ также; страбизмовъ нѣтъ; зрачки равномѣрны; первичная реакція сохране-

на, вторичная нѣсколько ослаблена. Въ полостяхъ уха и носа ничего патологическаго не обнаружено. Языкъ отклоненъ слегка вправо. Железы слегка увеличены. Со стороны грудныхъ и брюшныхъ органовъ ненормальнаго ничего не замѣтно. Со стороны мочевого пузыря наблюдается задержаніе мочи и медленная эксуринация, наступающая спустя нѣсколько минутъ послѣ позыва. Со стороны гесті—привычные запоры. Половая дѣятельность ослаблена; *libido sexualis* сохранена, эрекции по утрамъ вялы. Въ строеніи позвоночника и подвижности его уклоненій нѣтъ; на уровнѣ 9—10 грудныхъ позвонковъ при пальпации ощущается болѣзненность. Строеніе конечностей—нормальное, мускулатура ихъ слегка ригидна; мышечная сократительность подъ вліяніемъ индуктивнаго и постояннаго токовъ качественныхъ уклоненій не представляетъ. Пателлярные рефлексъ выражены рѣзко, особенно повышение замѣтно на правой нижней конечности. Стопный *clonus* замѣтенъ ясно, причемъ также преобладаетъ на правой сторонѣ. Рефлексъ кремастера ослабленъ. Походка не твердая, слегка шатающаяся. Стояніе съ закрытыми глазами сопровождается пошатываніемъ. Аппетитъ и сонъ—удовлетворительны.

5. Больной П. Е., 40 лѣтъ отъ роду, холостъ, православный, чиновникъ акцизнаго вѣдомства. Предрасположеніе въ семьѣ къ душевнымъ, нервнымъ заболѣваніямъ, туберкулезу, золотухѣ и проч. не указано больнымъ. Самъ больной росъ здоровенькимъ мальчикомъ. Въ зрѣломъ возрастѣ приходилось вести сидячій образъ жизни. Нерѣдко злоупотреблялъ половыми сношеніями. Въ 1882 г. имѣлъ *ulcus durum*, послѣ чего черезъ 4—5 мѣсяцевъ появились вторичныя явленія въ видѣ легкой сыпи по тѣлу; послѣ нѣсколькихъ втираній одного изъ препаратовъ ртути, вторичныя явленія исчезли. До 1890 года чувствовалъ себя не дур-

но, но въ этомъ году появились стрѣляющія боли въ ногахъ и поясницѣ; одновременно появилось ослабленіе половой функціи. Такъ дѣло продолжалось года полтора. Съ лѣта 1892 года присоединилась наклонность къ запорамъ. Въ октябрѣ того же 1892 года больной сталъ ощущать постепенно усиливавшуюся слабость и тяжесть въ ногахъ, при чемъ въ лѣвой конечности онѣ были рѣзче замѣтны; потомъ присоединились парѣстезіи въ видѣ ползанья мурашекъ, легенькой онѣмѣлости въ ногахъ и проч.; по ночамъ стали присоединяться: сверлящая боль въ большеберцовыхъ костяхъ и тупая—въ дорзальной части позвоночнаго столба и вообще между лопатками. За слабостью въ ногахъ послѣдовала неувѣренность въ походкѣ и особенно затрудненность при вставаніи. Всѣ указанныя явленія то ослабѣвали, то усиливались послѣ каждой усиленной работы. Въ настоящее время онъ жалуется на замѣтное ослабленіе памяти, неувѣренность въ своихъ умственныхъ способностяхъ, усиленіе половой слабости, изрѣдка наступающую онѣмѣлость въ лѣвой половинѣ тѣла, неувѣренность и шаткость походки, не рѣдкіе запоры; въ послѣднее время сталъ замѣчать, что при позывѣ мочиться нужно заботится о скорѣйшей эксуринаціи, во избѣжаніе произвольнаго выдѣленія мочи. Въ поликлинику проф. П. И. Ковалевскаго въ Пятигорскѣ поступилъ 1 іюня 1893 года.

При изслѣдованіи найдено слѣдующее: больной средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія, питаніе организма и количество крови не вполне достаточное. Волосистость всего тѣла умѣренна. Измѣреніе черепа дало слѣдующее: наибольшая окружность черепа = 54 см., затылочно-ушная линія = 14,5 см., лоборешечная — 16 см., теменно-ушная линія — 17 см., подбородочно-ушная — 15 см., кривая отъ glabella ad pro-

tuberantiam occipitalem externam — 33 см., высота лба = 6 см., ширина — 14 см. Форма головы правильная; уродливостей и неправильностей черепа не замѣчается. Лицо чистое; видимыя слизистыя оболочки слегка окрашены. Подвижность вѣкъ сохранена, — глазъ также; влажность глазъ безъ уклоненій; страбизмовъ нѣтъ; въ ширинѣ зрачковъ замѣтна неравномѣрность: правый шире лѣваго, — реакція ихъ ослаблена. Подвижность мускуловъ лица сохранена; правый уголь рта ниже лѣваго. Со стороны полостей носа, уха и рта ничего ненормальнаго нѣтъ; органы грудной и брюшной полостей — особыхъ уклоненій не представляютъ, метеоризмъ кишечника ясный. Суточное количество мочи — 1020 куб. см., удѣльный вѣсъ — 1014, цвѣтъ — свѣтложелтый, реакція слабокислая, — патологическихъ продуктовъ нѣтъ. Мочеиспусканіе въ томъ видѣ, какъ описано въ анамнезѣ. Запоры. Пониженіе половой способности значительное. Строеніе позвоночника, подвижность его и чувствительность безъ уклоненій. Строеніе конечностей нормально; мускулатура развита достаточно; замѣтна нѣкоторая ригидность мускуловъ обѣихъ нижнихъ конечностей; мышечная сократительность подъ вліяніемъ индуктивнаго и постоянного токовъ не указываетъ качественныхъ уклоненій. Тактильная чувствительность на лѣвой ногѣ слегка понижена; болевое чувство и чувство мѣста сохранены; температурное слегка понижено. Рефлексы епигастрии и гипогастральные слегка понижены; рефлексъ кремастера также пониженъ, замѣтнѣе на лѣвой сторонѣ. Колѣнный рефлексъ на лѣвой ногѣ повышенъ значительно, на правой — менѣе рѣзко. Стопный клонусъ отсутствуетъ. При прикосновеніи холоднаго тѣла къ поверхности кожи лѣвой нижней конечности замѣчаются судорожныя сокращенія, интенсивность которыхъ не постоянна. Походка шаткая, при закрытыхъ глазахъ

это рѣзко замѣтно. Ромберговъ симптомъ слабъ. Аппетитъ перемѣнный; сонъ удовлетворительный.

6. Г., 37 лѣтъ, православный, холостъ, судебный приставъ. Наслѣдственности никакой. Изрѣдка пьетъ, куритъ; часты эксцессы е Venere; въ періодъ полового созрѣванія въ продолженіи десяти лѣтъ предавался онанизму ежедневно, а иногда на день два и три раза. Шесть лѣтъ назадъ имѣлъ *ulcus durum*, послѣ которой развились вторичныя явленія. Въ теченіи слѣдующихъ затѣмъ двухъ лѣтъ былъ здоровъ. Въ январѣ 1890 года, послѣ неосторожности въ ѣдѣ (мороженого стаканъ) внезапно наступилъ запоръ, длившійся 16 сутокъ, одновременно наблюдалось по 1—2 дня задержаніе мочеиспусканія и боли въ области правой почки. Кромѣ того скоро въ правой половинѣ тѣла появилось чувство теплоты, а потомъ жженія вплоть снизу до уровня мечевиднаго отростка, причемъ въ началѣ оно появилось на тылѣ стопы, потомъ на бедрѣ и наконецъ рѣзко стало беспокоить въ области праваго *hipogastrium*. Лѣтомъ 1890 и 1891 годовъ больной лечился въ Пятигорскѣ (втиранія препаратовъ ртути, іодистый калий и сѣрные ванны). Въ концѣ 1892 года появилось затрудненіе эксуринаціи, причемъ каждый позывъ сопровождался задержаніемъ на  $\frac{1}{2}$ —2'; вскорѣ послѣдовали ослабленіе половыхъ функцій и быстрая утомляемость въ нижнихъ конечностяхъ, особенно-же въ правой. 1893 года 4 іюля больной обратился за помощью въ поликлинику проф. П. И. Ковалевскаго въ Пятигорскѣ, гдѣ изслѣдованіемъ выяснено слѣдующее: больной средняго роста; крѣпкаго тѣлосложенія; питаніе организма порядочное. Волосистость всего тѣла умѣренная. Уродливыхъ и неправильностей черепа не замѣчается. Лицо чистое. Слизистыя видимыя оболочки достаточно окрашены. Подвижность вѣкъ и глазъ сохранена; страбизмовъ нѣтъ;



влажность и блескъ безъ особенностей;—зрачки равномѣрны; первичная реакція ихъ сохранена, вторичная—слабовата. Со стороны полостей уха, носа, рта и горла уклоненій нѣтъ. Лимфатическія железы всего тѣла нѣсколько увеличены. Легкія не представляютъ замѣтныхъ уклоненій. Сердечная дѣятельность слегка учащена, тоны глуховаты. Со стороны мочевого пузыря—непостоянное задерживаніе на 20"—80". Моча уклоненій не представляетъ. Стулъ удовлетворительный. Половая дѣятельность понижена значительно. Замѣчается рѣзкая адинамія обѣихъ конечностей правой стороны. Тактильная чувствительность слегка повышена на правой нижней конечности. Температурное чувство также повышено на правой половинѣ тѣла. Пателлярные рефлексy замѣтно усилены; стопный клонусъ—нерѣзкій. Прикосновеніе холоднаго тѣла къ правому бедру вызываетъ замѣтныя судорожныя сокращенія; на лѣвомъ бедрѣ это слабо замѣтно. Походка ничѣмъ особеннымъ не отличается. Слабый признакъ Romberg'a. Аппетитъ и сонъ удовлетворительны.

7. С. В., 34 лѣтъ, грамотенъ, хлѣботорговецъ, холостъ. Отецъ больного пилъ, на 48 году умеръ, годъ пролежавъ съ hemiplegia sinistra. Семейнаго предрасположенія не замѣчается. Половыя сношенія съ женщиной имѣетъ съ 12 лѣтъ; сильно злоупотреблялъ е Baccho et Venere; много куритъ. Неоднократно имѣлъ трипперъ, а въ декабрѣ 1889 года—ulcus durum; черезъ 1½ м. замѣчена была сыпь; больной не лечился. Весною 1890 года явились въ горлѣ язвы; противусифилитическое леченіе дало благопріятные результаты. Съ 1891 года страдаетъ головными болями, тогда-же появились вновь язвы въ горлѣ; больной лечился лѣтомъ въ Пятигорскѣ ртутными втираніями и принялъ 40 ваннъ: язвы зарубцевались, головныя боли ослабли. Съ 1892 года изрѣдка болитъ голова и бываютъ

имѣть головокруженія: въ этомъ же году стали появляться боли въ спинномъ столбѣ въ дорзальной части, а вскорѣ обнаружилось ослабленіе половой дѣятельности; съ конца того-же 1892 г. замѣчается неловкость въ походкѣ: лѣвая нога будто стала тяжелѣе и слабѣе и по временамъ ее даже приходится какъ-бы „подтаскивать“ за туловищемъ,—до этого недѣли за полторы ощущалъ онѣмѣніе всей лѣвой нижней конечности и выше до пупка съ лѣвой стороны,—одновременно было пониженіе чувствительности къ температурѣ внѣшней среды (особенно рѣзко это проявлялось въ банѣ). Съ января текущаго 1893 года, больной сталъ по временамъ замѣчать неисправность въ эксуринácii: выдѣленіе мочи, начавшись вслѣдъ за позывомъ, быстро прерывается на  $\frac{1}{2}$ —2' и потомъ вновь струя идетъ непрерывно, иногда же это повторяется 2 и 3 раза. Въ поликлинику проф. П. И. Ковалевскаго въ Пятигорскѣ больной явился 8-го іюня 1893 года съ жалобой на головную боль, симптомы вышеуказаннаго характера со стороны мочевого пузыря, онѣмѣніе лѣвой нижней конечности и нетвердость походки.—По изслѣдованіи его здѣсь оказалось, что онъ выше средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія; питаніе организма умѣренное; уродливостей и неправильностей черепа не замѣчается. Доступныя осмотру слизистыя оболочки достаточно окрашены. Подвижность вѣкъ и глазъ, влажность и блескъ послѣднихъ не представляютъ уклоненій; правый зрачекъ шире лѣваго; реакція зрачковъ ослаблена. Въ полости рта, носа и уха уклоненій нѣтъ. Правая сторона лица опущена,—чувствительность кожи лица сохранена. Лимфатическія железы всего тѣла увеличены. Со стороны грудныхъ и брюшныхъ органовъ ненормальностей нѣтъ. Количество мочи—1,100 куб. с.; уд. вѣсъ—1,017; реакція кислая; цвѣтъ—желтый; безъ патологическихъ продуктовъ. Со сторо-

ны мочевого пузыря—частые позывы, эксуринация прерывистой струей. Въ ректальной области ничего патологическаго. Половая дѣятельность ослаблена. Въ строеніи позвоночника и подвижности его уклоненій нѣтъ; чувствительность въ области 5—8 грудныхъ позвонковъ повышена. Строеніе конечностей и мускулатура ихъ уклоненій не представляетъ. Тактильная чувствительность, болевое и температурное чувства на лѣвой ногѣ нѣсколько понижены; чувство мѣста сохранено. Мускульные рефлексy сохранены; подошвенный усиленъ; рефлексъ кремастера слабъ; пателлярный рефлексъ усиленъ; не рѣзкій стопный клонусъ; температурные рефлексy нижнихъ конечностей усилены замѣтно, особенно на лѣвой ногѣ. При передвиженіи больной едва замѣтно „несетъ“ за собой лѣвую ногу, сгибанія ея въ коленѣ не вполнѣ совершенны. Аппетитъ, сонъ и отправленія кишечника удовлетвори-тельны.

Ограничиваюсь приведенными семью случаями.

Въ этиологическомъ отношеніи почти во всѣхъ случаяхъ замѣчается прежде всего злоупотребленія въ половой области, какъ удовлетвореніе усиленной похоти путемъ сношенія съ женщиной, такъ равно въ нѣсколькихъ изъ нихъ онанизмомъ. Несомнѣнно, что чрезмѣрныя половыя сношенія, являясь слѣдствіемъ далеко неустойчивой нервной системы, въ свою очередь подрывали таковую и дѣлали ее менѣе стойкой въ борьбѣ за существованіе; алкоголь, чрезмѣрное напряженіе и пр. еще болѣе подрывали нервную систему, истощая и ослабляя ее. На подготовленную такимъ путемъ почву попадалъ сифилитическій ядъ. Наименѣе розистентнымъ оказывался спинной мозгъ, въ своихъ боковыхъ пучкахъ, заднихъ пучкахъ и заднихъ столбахъ сѣраго вещества, а потому сифилитическому яду не представлялось большого тру-

да вести свою разрушительную борьбу здѣсь именно, вызывая извѣстныя специфическія заболѣванія артерій, послѣдствіемъ которыхъ, конечно, должно было быть въ той или иной мѣрѣ затрудненіе подвоза питательнаго матеріала, а отсюда еще большее истощеніе и ослабленіе и безъ того нестойкихъ пучковъ. Постепенно проявлялись симптомы, совокупность которыхъ въ каждомъ случаѣ должно разсматривать какъ *paralysis spinalis syphilitica*.

Время протекшее отъ момента зараженія сифилисомъ до появленія симптомовъ со стороны нервной системы неодинаково; тѣмъ не менѣе періодъ отъ одного до трехъ лѣтъ въ большинствѣ случаевъ вполне былъ достаточенъ для проявленія спинальнаго паралича, лишь въ одномъ случаѣ изъ семи начальные признаки появились черезъ 8 лѣтъ по зараженіи. Болѣзнь эта—возраста свыше 30 лѣтъ, хотя одинъ случай принадлежитъ раннему заболѣванію (22 года) и одинъ болѣе позднему (47 лѣтъ).

Интенсивность вторичныхъ явленій сифилитическаго зараженія и быстрота ихъ проявленія не имѣли особаго вліянія на время и рѣзкость развитія *paralysis spinalis syphilitica*; тоже должно сказать о возрастѣ больного въ моментъ зараженія и наслѣдственныхъ условіяхъ. Ходъ болѣзни во всѣхъ случаяхъ былъ постепенный; начальными признаками, точнѣе, болѣе ранними признаками, имѣвшаго развитія спинальнаго паралича были расстройства эксуринаціи и половыхъ функцій. Не лишено интереса появленіе и потомъ преобладаніе тѣхъ или иныхъ симптомовъ на одной какой-либо сторонѣ, чаще лѣвой.

На ряду съ усиленіемъ сухожильныхъ рефлексовъ въ приведенныхъ случаяхъ наблюдалось болѣе или менѣе рѣзкое повышеніе термическихъ рефлексовъ въ области нижнихъ конечностей, преимущественно отъ

холода;—такъ что этотъ признакъ, въ первые указанный проф. Ковалевскимъ, долженъ получить полное право гражданства.

Относительно участія зрачковъ при спинальномъ сифилитическомъ параличѣ мы, на основаніи данныхъ приведенныхъ случаевъ, присоединяемся къ мнѣнію Н. И. Мухина.

Случай третій интересенъ по своему моменту зараженія, во-очію доказывая какъ опасно полагаться на чужую предусмотрительность и какъ необходимъ строгій разумный надзоръ надъ веденіемъ дѣла въ парикмахерскихъ.

Въ первомъ случаѣ болѣзнь началась, по видимому, явлениями специфическаго *meningo-myelitis* и потомъ уже, когда послѣднія утихли, развились типичные признаки *paralysis spinalis syphiliticae*.

Терапія нашихъ случаевъ велась въ Пятигорскѣ по способу проф. П. И. Ковалевскаго, такъ что распространяться по этому поводу необходимости нѣтъ. Имѣя въ виду несомнѣнно сифилитическое происхожденіе страданій, примѣнено было строгое антисифилитическое леченіе: ртуть (*ung. hydr. saponati—3j*, *natrum jodatum* (отъ 1,0 до 15,0 *pro die*) и сѣрные ванны (отъ 27° до 32° R. и обратно). На ряду съ тѣмъ назначались больному: усиленное питаніе, регулированіе образа жизни и собственно, такъ сказать, противонервное леченіе: гальванизация, фарадизация, подвѣшиваніе и особый родъ врачебной гимнастики нижнихъ конечностей, преслѣдующей цѣль, при рациональномъ упражненіи мускуловъ, производить постепенное умѣренное вытяженіе ихъ. Этотъ методъ далъ несомнѣнный успѣхъ въ случаяхъ 1-мъ и 2-мъ.

Результатъ терапіи былъ несомнѣнно успѣшный даже въ такомъ застарѣломъ случаѣ, какъ 1-й.

---

\*

# Прогрессивный параличъ у женщинъ.

Этіологія его. Особенности теченія.

И. Д. Ждановъ.

## I.

Хотя многіе симптомы, свойственные прогрессивнымъ параличамъ, были подмѣчены въ Англіи еще въ концѣ прошлаго столѣтія (какъ говоритъ Lunier), хотя они были также хорошо извѣстны и знаменитому Пинелю и Ескиролю, и особенно ученику послѣдняго Delaue, тѣмъ не менѣе, по всеобщему мнѣнію, творцемъ прогрессивнаго паралича считается Bayle: онъ первый сказалъ, что это есть совершенно самостоятельная форма болѣзни и первый съ большою подробностью описалъ довольно большое количество случаевъ ея. Съ тѣхъ поръ прошло около 70 лѣтъ, втеченіи которыхъ произведена масса работъ и „всѣ выдающіеся психіатры, какъ говоритъ Любимовъ <sup>1)</sup>, посвятили этой неблагоприятной въ терапевтическомъ отношеніи болѣзни свои болѣе или менѣе капитальные труды“ и тѣмъ не менѣе ученіе о прогрессивномъ параличѣ и въ настоящее время представляетъ еще много неяснаго, нерѣшеннаго... Болѣе всего это замѣтно въ вопросахъ объ этіологіи паралича: то разногласіе, которое существовало 36 лѣтъ тому назадъ по поводу нѣкоторыхъ этіологическихъ моментовъ, въ сущности существуетъ и теперь. Такъ, это прежде всего касается вопроса о связи сифилиса съ параличемъ. Еще въ 1857 г. Эсмархъ и Иессенъ опубликовали свою работу, по поводу которой современный авторитетъ Гринингеръ въ своемъ руководствѣ говоритъ слѣдующее: въ новѣйшее время возникло предположеніе, что всѣ *paralysis generalis* умалишенныхъ сводятся на сифилисъ—предположеніе чрезвычайно невѣроятное, но имѣющее, можетъ быть, ту хорошую сторону, что въ будущемъ на этотъ этіологическій элементъ будутъ обращать болѣе вниманіе, не-

<sup>1)</sup> Вѣстникъ Мержеевскаго, 1892 г., Выпускъ II.

жели до сего времени. И несмотря на то, что съ тѣхъ поръ прошло 36 лѣтъ, мы и теперь въ вопросѣ о связи паралича съ сифилисомъ встрѣчаемся съ двумя противоположными школами. Между тѣмъ, какъ одни психіатры или совсѣмъ не придаютъ сифилису никакой роли въ происхожденіи паралича, или допускаютъ его вліяніе въ очень ничтожной степени, другіе психіатры держатся совершенно противоположнаго взгляда и не только придаютъ сифилису первенствующую роль въ происхожденіи болѣзни, но даже склонны думать, что нѣтъ прогрессивнаго паралича безъ сифилиса. Середину между этими крайними взглядами занимаетъ школа, представителемъ которой служитъ между прочимъ и русскій психіатръ И. Я. Платоновъ. Вотъ его мнѣніе: „какъ категорическое отрицаніе причиннаго значенія сифилиса по отношенію къ прогрессивному параличу, такъ равно и положительное утвержденіе этого— есть крайности, не имѣющія за собой строго фактическаго оправданія. Есть случаи прогрессивнаго паралича не сифилитическаго происхожденія и наоборотъ—есть случаи, гдѣ прогрессивный параличъ обязанъ сифилису“<sup>1)</sup>. У того же автора мы находимъ еще одно положеніе: „вопросъ о причинномъ отношеніи сифилиса къ прогрессивному параличу остается открытымъ, и будетъ-ли онъ когда рѣшенъ съ положительною опредѣленностью, въ этомъ пока можно сомнѣваться“...

Конечно, съ этимъ положеніемъ уважаемаго товарища согласиться нельзя. Во 1-хъ потому, что и въ настоящее время мы, русскіе психіатры, имѣемъ возможность формулировать нашъ взглядъ на сифилисъ по отношенію къ прогрессивному параличу. Взглядъ этотъ возможно установить на фактическихъ данныхъ, а потому уже и въ теперешнемъ его видѣ онъ обѣщаетъ приблизить насъ близко къ истинѣ. Во 2-хъ я полагаю, что при дружномъ участіи небольшой даже кучки интересующихся этимъ вопросомъ русскихъ психіатровъ, мы легко и довольно скоро могли бы придать этому взгляду еще болѣшую точность и фактичность. Для этого стоитъ только составить извѣстную программу, слѣдуя которой, при живомъ участіи нѣсколькихъ товарищей, конечно можно разсчитывать, что по крайней мѣрѣ нѣкоторые вопросы могутъ быть рѣшены съ болѣшею точностью. Напримѣръ такіе вопросы: «извѣстны ли несомнѣнные случаи прогрессивнаго паралича безъ сифилиса и сколько ихъ? Какое отношеніе имѣетъ сифилисъ

<sup>1)</sup> Архивъ психіатріи, т. XIX, ч. 1.

къ параличу, является ли онъ причиной производящей или только предрасполагающей?» А между прочимъ знаніе всѣхъ этихъ вопросовъ имѣетъ громадное практическое значеніе. Въ самомъ дѣлѣ, если въ настоящее время наша терапія абсолютно безсильна въ приложеніи къ параличу, то указавъ человѣчеству на главныя причины этой страшной болѣзни, мы можемъ принести ему несомнѣнную и большую услугу. Какъ это ни странно на первый взглядъ, но это вѣрно, что этиологія паралича такъ обширна по ученію различныхъ авторовъ (Voisin въ своей монографіи отводитъ на ея долю 82 стр.), подчасъ она такъ противурѣчива, что очевидно сбиваетъ съ толку и самихъ врачей. И сейчасъ среди послѣднихъ есть люди, которые говорятъ, что они не знаютъ истинныхъ причинъ паралича. Если же обратиться къ тѣмъ, которые ихъ знаютъ, то мы наталкиваемся на громадный списокъ этиологическихъ единицъ, среди которыхъ есть все, что можно найти вообще въ этиологіи всѣхъ душевныхъ болѣзней. Громадный недостатокъ многихъ прежнихъ авторовъ заключался именно въ томъ, что имъ не удалось связать всѣ эти разнообразныя и на первый взглядъ разнородныя этиологическія единицы въ одно стройное цѣлое, одухотворить ихъ однимъ какимъ-нибудь обобщеніемъ. Отсюда ихъ малая доказательность и сомнительное отношеніе къ нимъ со стороны самихъ врачей. Но попытка связать всѣ эти разнородныя этиологическіе моменты относится уже къ теоріи происхожденія болѣзни, о чемъ здѣсь и говорить не буду, а перейду прямо къ главной цѣли моего сообщенія — описанію прогрессивнаго паралича у женщинъ. Имѣя возможность наблюдать 34 случая паралича в теченіи 7-ми лѣтънаго завѣдыванія мною женскимъ психіатрическимъ отдѣленіемъ больницы Императора Александра III въ Москвѣ, я считаю не безынтереснымъ сообщить результаты этого наблюденія.

Но прежде всего я считаю необходимымъ изъ громадной литературы по прогрессивному параличу вообще остановиться на двухъ работахъ послѣдняго времени, а именно: Zur Aetiologie der allg. fortschreit. Paralyse<sup>1)</sup> д-ра Oebeke и англійской статьѣ д-ра Wilson. Первая взята мною между прочимъ и для того, чтобы при описаніи паралича у женщинъ имѣть какія-нибудь точки для сравненія. Д-ръ Oebeke описываетъ 100 случаевъ паралича у мужчинъ, при чемъ онъ раздѣляетъ

<sup>1)</sup> Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie, 1892.



ихъ на 2 группы—имѣвшихъ сифилисъ и такихъ, гдѣ сифилисъ доказать было нельзя. Къ первой группѣ онъ относитъ 53, а ко второй—47 больныхъ. Онъ описываетъ отдѣльно каждую изъ этихъ группъ, при чемъ подробно разбираетъ и этиологию, и картину болѣзни въ обоихъ случаяхъ и такимъ образомъ даетъ возможность прійти къ нѣкоторымъ не лишнимъ интереса выводамъ.

Если разсмотрѣть составленную мною (на основаніи данныхъ автора) и приложенную въ концѣ табл. А, то прежде всего мы видимъ, что относительно возраста и профессій собственно нѣтъ рѣзкой разницы между больными обѣихъ категорій: какъ здѣсь, такъ и тамъ болѣзнь чаще всего наблюдается въ возрастѣ отъ 30 до 40 лѣтъ. Какъ здѣсь, такъ и тамъ изъ профессій, повидимому, наиболѣе всего располагается къ заболѣванію *торговля* во всѣхъ ея видахъ: купцы, фабриканты, банкиры etc. даютъ 58% общего паралича. Обращаясь собственно къ изученію этиологическихъ моментовъ для больныхъ обѣихъ категорій, мы можемъ составить слѣдующую таблицу:

	сифилитики.	несифилитики.
Наслѣдственность . . . . .	54 0,0	55 0/0
Душевные волненія и умственное переутомленіе . . . . .	28 "	57 "
Abusus spirit. . . . .	45 "	43 "
Половые эксцессы . . . . .	53 "	27 "
Физическ. переутомленіе . . . . .	22 "	38 "
Неврастенія . . . . .	7 "	17 "
Всего .	209 0/0	237 0/0

*Первый выводъ*, вытекающій изъ обзора этой таблицы,—это тотъ, что у несифилитиковъ присутствуетъ на лицо вообще нѣсколько бѣльшая цифра другихъ этиологическихъ единицъ, чѣмъ у сифилитиковъ. Не подлежитъ сомнѣнію, что этотъ недостатокъ у больныхъ I-й категоріи съ избыткомъ покрывается бывшимъ у нихъ прежде сифилисомъ. *Второй выводъ*—это тотъ, что относительно наслѣдственности и алкогольныхъ излишествъ почти нѣтъ разницы между обѣими группами. Что касается душевныхъ волненій, то у лицъ I-й категоріи они отиѣчены въ 28%, у несифилитиковъ-же въ 57%. Но за то половые излишества наблюдаются какъ разъ въ обратномъ отношеніи: у сифилитиковъ они констатированы почти вдвое чаще, чѣмъ у лицъ съ недоказаннымъ сифилисомъ. Наконецъ, что касается физическаго переутомленія (stra-

разен), то послѣднее наблюдается почти вдвое чаще у больных, не имѣвших сифилиса, равно какъ и явленіе личной, приобретенной нейрастеніи.

Если составить вообще этиологическую таблицу паралича, то по Оебеке на 100 случаевъ его мы будемъ имѣть:

Наслѣдственность . . . . .	55 %
Сифилисъ . . . . .	53 "
Abusus spirit. . . . .	44 "
Душевные волненія и умственное переутомленіе . . . . .	42 "
Половые эксцессы . . . . .	40 "
Физическое переутомленіе (strapazen). . . . .	30 "
Нейрастенію . . . . .	12 "
Неправильный образъ жизни . . . . .	5 "
Травму <sup>1)</sup> . . . . .	2 "

Всего . 283 %

Эта таблица даетъ возможность сдѣлать очень важный, по моему мнѣнію, выводъ, а именно: этиологія паралича чаще всего сводится къ присутствію у больныхъ не менѣе 3-хъ этиологическихъ моментовъ заразъ, при чемъ эти моменты комбинируются между собою самымъ разнообразнымъ сочетаніемъ. Эту, т. е. *трехчленную* формулу этиологіи паралича Оебеке находитъ въ 68% у своихъ больныхъ. Въ 24% наблюдается присутствіе заразъ не менѣе 2-хъ этиологическихъ моментовъ и только въ 9% наблюдено по одному, тому или другому, этиологическому агенту, при чемъ 3 больныхъ относятся къ I-й категоріи—у нихъ, кромѣ бывшаго сифилиса, нельзя было указать ничего другаго, а 6—относятся къ больнымъ II-й категоріи и у каждого изъ нихъ кромѣ душевнаго волненія или умственнаго переутомленія нельзя было найти никакой другой видимой причины.

Перехожу теперь къ самому интересному и важному вопросу—представляютъ ли тѣ формы паралича, гдѣ былъ констатированъ сифилисъ, какое нибудь отличіе въ своемъ клиническомъ проявленіи отъ тѣхъ формъ, гдѣ сифилисъ не былъ доказанъ?

<sup>1)</sup> Въ своей таблицѣ Оебеке выставилъ 5% травмы, но про-сматривая приложенныя имъ исторіи болѣзни становится очевиднымъ, что травма, если и играла роль этиологическаго момента, то развѣ только въ *двухъ случаяхъ*.

Вышеприведенное предсказаніе Гринингера сбылось: статьи Эсмарха и Иессена дѣйствительно заставили врачей обратить вниманіе на отношеніе сифилиса къ прогрессивному параличу, результатомъ чего явилось много работъ, трактующихъ объ этой связи. Такъ, прежде всего д-ръ Соффин установилъ фактъ, что тѣ случаи, гдѣ параличъ развивается въ сравнительно молодомъ возрастѣ въ громадномъ большинствѣ случаевъ зависятъ отъ сифилиса (эти формы онъ предложилъ называть „*précoces*“). Затѣмъ Kjelberg, Iespersen и Huguenin послѣдовательно высказались за связь паралича съ сифилисомъ, при чемъ связь эта, по ихъ мнѣнію, очень тѣсная, ибо сифилисъ прямо производитъ тотъ менинго-энцефалитъ, который лежитъ въ основѣ прогрессивнаго паралича.

Таково было положеніе вопроса, когда проф. Фурнье въ 1879 г. издалъ свой извѣстный трудъ: „*La syphilis du cerveau*“. Имъ безспорно внесено много новаго и своеобразнаго въ рассматриваемое нами ученіе, а потому я позволю себѣ нѣсколько подробнѣе остановиться на его работѣ. Придавая сифилису очень большое значеніе въ этиологій рассматриваемой нами болѣзни, Ф. рѣзко отличаетъ двѣ категоріи явленій. Въ одной (истинный или классическій параличъ) сифилисъ хотя и встрѣчается, но сравнительно рѣдко, и играетъ, по-видимому, роль или предрасполагающую или такую же, какъ и масса другихъ причинъ, отмѣченныхъ въ этиологій паралича, въ другой же категоріи случаевъ эта связь выступаетъ рѣзче: здѣсь сифилисъ является причиной производящей. Эту группу случаевъ онъ предложилъ называть „*pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique*“. Отсюда и явилась дуалистическая теорія паралича. Основой для этого дуализма служить рѣзкая, по мнѣнію Ф., разница въ клиническомъ теченіи тѣхъ и другихъ случаевъ. Псейдопараличъ отличается во 1-хъ тѣмъ, что при немъ яко-бы никогда не бываетъ рѣзко выраженного бреда величія. Возбужденіе, маниакальная экзальтація бывають часто, бывають и намѣки на бредъ величія, но такого грандіознаго бреда, который свойственъ классическому параличу, при псейдопараличѣ не наблюдается; во 2-хъ второе рѣзкое отличіе псейдопаралича—это присутствіе при немъ параличей въ области отдѣльныхъ черепномозговыхъ нервовъ (чаще всего глазодвигательныхъ). Параличъ этотъ очень часто предшествуетъ развитію душевной болѣзни и слѣдовательно установленіе этого факта, по мнѣнію Ф., можетъ имѣть большое значеніе въ терапевтическомъ отношеніи; 3) третье

капитальное отличіе—*исходъ болѣзни*. Классическій параличъ болѣзнь неизлѣчимая, что же касается псевдопаралича, то хотя и рѣдко, но все-таки наблюдаются случаи его излеченія; 4) четвертое отличіе касается *патологической анатоміи*: при классическомъ параличѣ первѣе всего и сильнѣе всего выражены измѣненія въ сѣромъ веществѣ головного мозга. Оболочки же мозга заболѣваютъ послѣдовательно и не представляютъ такихъ измѣненій, которыя мы видимъ при псевдопараличѣ, гдѣ болѣзнь гнѣздится именно въ нихъ. Измѣненія же сѣраго вещества вторичныя, послѣдовательныя и слѣдовательно они не такъ рѣзко выражены, какъ при классическомъ параличѣ. Впослѣдствіи нѣкоторыми было прибавлено ко всему этому, что *pseudo-paralysis* слѣдуетъ раздѣлять на параличъ собственно и на паралитическое слабоуміе, смотря по тому, преобладаютъ ли явленія со стороны разстройства двигательной сферы, въ видѣ дрожи, параличей, парезовъ,—или со стороны психической, въ видѣ ослабленія умственныхъ способностей—умственной астеніи <sup>1)</sup>).

Обращаясь теперь къ обзору больныхъ Oebeke на основаніи исторій болѣзни, приложенныхъ къ его труду, мы находимъ слѣдующее: изъ 47 больныхъ только у одного нельзя составить представленія о формѣ душевнаго разстройства, а у остальныхъ 46 больныхъ исторіи болѣзни позволяютъ сдѣлать діагностику. Что касается 53 сифилитиковъ, то мы должны отбросить 7 человекъ, ибо ихъ исторіи болѣзни очень кратки и неясны съ клинической точки зрѣнія. Такимъ образомъ совершенно случайно получается одна и таже цифра—46 исторій болѣзней той и другой категоріи больныхъ, могущихъ служить предметомъ для сравненія. Какъ видно изъ прилагаемой ниже табл. А. *маніакальная* форма паралича наблюдается у 31 больного I категоріи и 24 раза у больныхъ II категоріи. Принимая во вниманіе, что при небольшихъ цифрахъ эта небольшая разница можетъ быть чисто случайной, мы видимъ, что никакъ нельзя сказать, что *маніакальная* форма встрѣчается рѣдко тамъ, гдѣ былъ сифилисъ. Что касается собственно бреда величія, то присутствіе или отсутствіе его не даетъ никакого права дѣлать выводы о присутствіи или отсутствіи связи съ бывшимъ сифилисомъ,

<sup>1)</sup> М. Н. Поновъ „Dementia primaria paralytica syphilitica“, Русская Медицина 1891 г. Я. Я. Трутовскій „Къ ученію о dementia paralyt. syphil.“ Русская Медицина 1892 г., стр. 69.

ибо у больныхъ д-ра Оебеке онъ встрѣчается, можно сказать, одинаково часто какъ у больныхъ, имѣвшихъ сифилисъ, такъ и у больныхъ, повидимому, его неимѣвшихъ (у первыхъ онъ наблюдался 16 разъ, у вторыхъ 19). Анализъ случаевъ д-ра Оебеке даетъ возможность сдѣлать еще одинъ выводъ. Очень многіе психіатры и въ настоящее время полагаютъ, что дементныя формы паралича болѣе свойственны сифилитикамъ. Но какъ видно изъ той же таблицы А., едва-ли это положеніе имѣетъ достаточно твердую почву, ибо оказывается, что у 46 больныхъ той и другой категоріи мы видимъ дементныя формы можно сказать совершенно одинаковыми по своей частотѣ: 10 разъ у сифилитиковъ и 11—у не сифилитиковъ.

Такимъ образомъ на основаніи этого обзора мы имѣемъ право сказать, что съ клинической точки зрѣнія нѣтъ замѣтной разницы въ теченіи паралича какъ у сифилитиковъ, такъ и у тѣхъ больныхъ, у которыхъ сифилисъ не былъ доказанъ. Но, чтобы быть справедливымъ, нельзя пройти молчаніемъ другой категоріи явленій, относящихся собственно не къ области психіатріи, а къ области невропатологій—я говорю о табетической формѣ паралича (и слѣдовательно о предшествующей ему *tabes*) и окулярныхъ моноплегіяхъ. У больныхъ I категоріи *tabes* предшествовалъ развитію болѣзни одинъ разъ, а у сифилитиковъ—3 <sup>1)</sup>. Что касается параличей глазодвигательныхъ нервовъ, то у больныхъ I категоріи они отмѣчены два раза, а у больныхъ II категоріи—14 разъ <sup>2)</sup>.

Хотя цифры Оебеке все-таки еще такъ малы, что не даютъ права дѣлать какого-нибудь строго обоснованнаго научнаго вывода, тѣмъ не менѣе нѣтъ сомнѣнія, что, на основаніи ихъ, мы все-таки имѣемъ право сказать, что съ психіатрической точки зрѣнія нѣтъ замѣтной разницы въ картинѣ паралича у больныхъ, имѣвшихъ или не имѣвшихъ сифилисъ. Но есть клиническая особенность въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ былъ прежде *lues*—здѣсь чаще, повидимому, наблюдаются параличи глазодвигательныхъ нервовъ (по Оебеке въ три раза) и чаще бы-

<sup>1)</sup> Самъ авторъ считаетъ, что у больныхъ II категоріи *tabes* наблюдался 5 разъ. Но, какъ видно изъ исторій болѣзни, у 2—едва-ли это былъ *tabes*.

<sup>2)</sup> Авторъ отмѣчаетъ всего 15 случаевъ, но одинъ, по моему, слѣдуетъ исключить, ибо здѣсь *lues* былъ врожденный, а сифилисъ полученъ на 24 году.

ваетъ табетическая форма паралича (въ семь разъ по Oebeke). Таковы выводы изъ интересной статьи д-ра Oebeke. Ниже я постараюсь высказать свое мнѣніе объ отношеніи сифилиса къ параличу и свое мнѣніе по поводу псевдопаралича, а теперь скажу только нѣсколько словъ о томъ, въ какомъ положеніи находится вопросъ о дуалистической теоріи въ настоящее время. Въ 1889 г. во Франціи, подъ руководствомъ самаго Фурнье, вышла книга—„Syphilis et paralysie générale“ par Morel-Lavallée et Bélières. Въ ней между прочимъ описано 27 случаевъ, которые авторы считаютъ характерными для pseudo-paralysie générale. Разсмотрѣвъ ихъ со вниманіемъ, я долженъ сказать, что большинство изъ нихъ не имѣетъ никакого отношенія къ параличу, ибо, по существу, они или представляютъ собою то, что правильнѣе назвать сифилисомъ мозга, или они суть просто различные психозы у людей, имѣвшихъ прежде сифилисъ. Такъ два раза подъ именемъ псевдопаралича описана *Amentia Meynerti* (надл. XXVII и XXXIV), одинъ разъ можно думать или о тяжелой формѣ маніи или *delirium acutum* (надл. XXXV). Одинъ разъ было сложное страданіе мозга, гдѣ, повидимому, алкоголь игралъ большую роль. И только въ 8 случаяхъ (изъ 22) иначе говоря *менѣе, чѣмъ* въ  $\frac{1}{3}$  случаевъ, приводимыхъ авторами, *явленія на-поминали прогрессивный параличъ*. Въ 4 изъ нихъ наступило выздоровленіе, въ 1 было замѣтное улучшеніе, а въ 3 случаяхъ, не смотря на специфическое леченіе, наступила смерть. Такимъ образомъ на основаніи этого можно сказать, что если сифилисъ мозга иногда въ своемъ проявленіи и напоминаетъ картину паралича, то во всякомъ случаѣ это бываетъ рѣдко: *болѣе, чѣмъ въ три раза рѣже того, что полагаютъ вышесказанные поклонники псевдопаралича*.

Wilson <sup>1)</sup> въ своей статьѣ «The diathesis of General Paralysis» все сводитъ на особое врожденное предрасположеніе къ заболѣванію параличемъ. «General paralytis are born, not made» говоритъ онъ <sup>2)</sup>. Это-то предрасположеніе онъ и называетъ діатезомъ общаго паралича. Свое положеніе онъ доказываетъ во 1-хъ тѣмъ, что всѣ паралитики, по его мнѣнію, отличаются особымъ, врожденнымъ характеромъ, а во 2-хъ критическимъ отношеніемъ ко всѣмъ, наиболѣе часто указываемымъ, этиологическимъ моментамъ. Такъ, относительно по-

<sup>1)</sup> Journal of mental Science, январь 1892.

<sup>2)</sup> Паралитики рождаются, но не дѣлаются.

ловыхъ излишествъ, онъ говоритъ, что хотя имъ и приписываютъ значеніе въ этиологіи паралича, но, по его мнѣнію, въ большинствѣ случаевъ послѣдствіемъ этого можетъ быть нейрастенія, иногда меланхолія, иногда бредовой психозъ и только въ очень-очень рѣдкихъ случаяхъ прогрессивный параличъ. Также критически относится онъ и къ алкоголю. Отъ злоупотребленія имъ можно нажить параличъ, но не прогрессивный, а алкогольный параличъ. Тѣмъ не менѣе алкоголю Wilson придаетъ очень большое значеніе въ развитіи того діатеза, который ведетъ къ параличу. Онъ отмѣчаетъ тотъ фактъ, что если предки были алкоголики, а потомокъ ихъ начнетъ злоупотреблять алкоголемъ, то обыкновенно онъ очень скоро наживаетъ алкогольный параличъ съ склонностью переходить въ общій. Сифилисъ, по его мнѣнію, играетъ въ этиологіи паралича нисколько не большую роль, чѣмъ инсоляція, горе, продолжительная усталость и вообще тѣ причины, которыми нима легіонъ. *Вообще, по мнѣнію Wilson, если субъектъ не страдаетъ указаннымъ имъ діатезомъ, то чтобы онъ ни дѣлалъ, какъ-бы онъ ни жилъ—прогрессивнымъ параличемъ онъ не захвораетъ.* Эта статья приведена мною во 1-хъ какъ нѣсколько отличающаяся по своей оригинальности отъ большинства работъ послѣдняго времени, и во 2-хъ потому, что она имѣетъ одну и хорошую сторону—она рѣзко отмѣняетъ вліяніе наслѣдственности въ этиологіи паралича, что многими было оспариваемо. А между тѣмъ, какъ будетъ видно ниже изъ моихъ наблюденій, такъ и на основаніи наблюденій д-ра Oebeke, мы имѣемъ право думать, что въ этиологіи паралича наслѣдственность все-таки имѣетъ очень большое значеніе. Но конечно нельзя согласиться съ положеніемъ автора, что если субъектъ не страдаетъ діатезомъ общаго паралича, то какъ-бы онъ ни жилъ, чтобы онъ ни дѣлалъ—сказанный болѣзнью онъ не захвораетъ...

Повидимому, по отношенію къ параличу мы имѣемъ большее право сказать какъ разъ наоборотъ: не смотря на наслѣдственное расположеніе къ душевнымъ болѣзнямъ, если субъектъ избѣжитъ вышесказанной трехчленной этиологической формулы, то прогрессивнымъ параличемъ по всей вѣроятности онъ не захвораетъ.

## II.

Обращаясь теперь къ разсмотрѣнію этиологій и теченія паралича у женщинъ, я долженъ сказать, что въ Германіи уже давно обращено на это должное вниманіе и въ психіатрической литературѣ ея есть много работъ въ этомъ направленіи. Такъ, начиная съ 1870 г. о параличѣ у женщинъ послѣдовательно писали Sander, Krafft-Ebing, Kornfeld, Jung, Peyser, Kellner, Siemerling и Greppin (всего 8 авторовъ). Французская литература въ этомъ отношеніи не такъ богата. Мнѣ удалось найти всего пять работъ (авторы — Adam, Regis, Colowitch, Nicolau и Rey). Изъ англійскихъ журналовъ я имѣлъ возможность воспользоваться статьей Копенгагенскаго психіатра Jacobson.

Изъ этихъ работъ, а равно и изъ моихъ наблюденій (34 случая), я дѣлаю общіе выводы. Они таковы:

1. *Частота прогрессивнаго паралича по отношенію къ другимъ душевнымъ болѣзнямъ у женщинъ и отношенія числа случаевъ паралича у женщинъ къ таковому же у мужчинъ.*

Еще со временъ Ескироля составилось убѣжденіе, что параличъ вообще наблюдается очень рѣдко у женщинъ. Первый, возставшій противъ этого положенія, былъ Зандеръ, который старался доказать, что явленіе это объясняется только тѣмъ, что параличъ у женщинъ течетъ болѣе тихо, болѣе спокойно, чѣмъ у мужчинъ и потому женщина рѣже требуетъ помѣщенія ея въ больницу. По его же статистикѣ выходитъ, что на 7 больныхъ мужчинъ приходится 5 женщинъ. Дальнѣйшія наблюденія не подтверждали точности этой статистики, но во всякомъ случаѣ установили отношеніе далеко не такое, каковымъ оно представлялось первымъ наблюдателямъ. А именно:

К. Эбингъ это отношеніе установилъ, какъ 1:8 <sup>1)</sup>; а позднѣе въ своемъ руководствѣ онъ говоритъ, что параличъ встрѣчается почти въ семь разъ чаще у мужчинъ, чѣмъ у женщинъ <sup>2)</sup>. Шюле въ первомъ изданіи своего руководства взаимное отношеніе половъ опредѣляетъ, какъ 1:7.5, при чемъ въ скобкахъ прибавляетъ, что по наблюденіямъ въ Илленау это

<sup>1)</sup> См. Archiv f. Psychiatrie. Band VII. 1877.

<sup>2)</sup> См. русскій переводъ 1882 г., стр. 198 втораго тома.



отношеніе совѣтъ иное, а именно 4:10. Въ своемъ руководствѣ, изданномъ въ 1886 г., это взаимное отношеніе половъ онъ опредѣляетъ, какъ 1:7, но при этомъ прибавляетъ: «nach meinem Beobachtungen der letzten Dezzennien steht sie (die D. r. der Frauen) in einem noch viel kleineren Prozentsatze». Въ виду такихъ неопредѣленныхъ и противурѣчивыхъ указаній является настоятельная необходимость попытаться рѣшить этотъ вопросъ на основаніи и болѣе позднихъ, и болѣе обширныхъ статистическихъ данныхъ. Если мы оборотимся съ этою цѣлью къ различнымъ государствамъ западной Европы, то найдемъ слѣдующія данныя. *Германія*. Siemerling, анализируя почти 7.000 душевно-больныхъ города Берлина, находитъ среди 3920 мужчинъ паралитиковъ—1262, а среди 2918 женщинъ паралитичекъ 347. Kellner сообщаетъ цифры для города Марбурга (Лотарингіи): изъ 616 вновь поступившихъ больныхъ мужчинъ онъ видѣлъ прогрессивный параличъ 103 раза, а у 624 вновь поступившихъ женщинъ—28 разъ. Наконецъ, въ только-что вышедшей работѣ д-ра Каес<sup>1)</sup> даны свѣдѣнія для города Гамбурга за 20-ти лѣтній промежутокъ. При этомъ оказалось, что изъ 4970 вновь поступившихъ мужчинъ паралитиковъ было 1093, а изъ 5178 женщинъ, поступившихъ въ тотъ же періодъ времени, 319. Такимъ образомъ для трехъ городовъ Германіи взаимное соотношеніе половъ можетъ быть опредѣлено на основаніи слѣдующихъ солидныхъ цифръ: изъ 9506 вновь поступившихъ мужчинъ прогрессивный параличъ отмѣченъ 2979 разъ, а изъ 7199 вновь поступившихъ женщинъ—694 раза. Для *Австріи* можно почерпнуть свѣдѣнія изъ статьи проф. Меуперт<sup>2)</sup>. Онъ анализируя 8546 больныхъ Вѣнской клиники, опредѣляетъ процентъ паралитиковъ, при чемъ для мужчинъ онъ равенъ 26,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, а для женщинъ—7,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Взаимное соотношеніе половъ выражается слѣдовательно отношеніемъ сейчасъ сказанныхъ <sup>0</sup>/<sub>0</sub>, т. е. 1:3,4. Peeters<sup>3)</sup>, дѣлая обзоръ 7656 больныхъ, поступившихъ въ колонію Gheel съ 1856 по 1885 г., приходитъ къ заключенію, что мужчины-паралитики составляютъ 12,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> общаго числа душевно-больныхъ мужчинъ, а женщинъ—4,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Что касается *Италіи*, то изслѣдованія Roscioli<sup>4)</sup> и Giovanni

<sup>1)</sup> Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie 1893. Heft 5.

<sup>2)</sup> Jahrbücher f. Psychiatrie 1885.

<sup>3)</sup> Bull. de la sociét. de méd. ment. de Belgique 1890.

<sup>4)</sup> Jl. Manicomio 1891.

de Paolli <sup>1)</sup> даютъ отвѣтъ на интересующій насъ вопросъ. Первый, изучая 1996 больныхъ, поступившихъ изъ различныхъ провинцій южной Италиі въ больницу Нижней Ночеры за 6-ти лѣтній періодъ времени, процентное отношеніе паралича къ другимъ душевнымъ болѣзнямъ у мужчинъ опредѣляетъ въ 8,3%, а для женщинъ—2,3%. Giovanni de Paoli, анализируя 3784 вновь поступившихъ больныхъ города Генуи, для мужчинъ - паралитиковъ находитъ 16,3%, а для женщинъ — 5,1%, такимъ образомъ въ общемъ мы имѣемъ 5780 душевно-больныхъ *итальянцевъ*, при чемъ прогрессивный параличъ у мужчинъ составляетъ 12,3% *общаго числа ихъ*, а у женщинъ — 3,7 %. Что касается *Франціи*, то М. Planès <sup>2)</sup> констатируетъ, что среди 49,267 душевно-больныхъ мужчинъ и женщинъ, прошедшихъ съ 1872 по 1885 гг. черезъ больницу «du Dépôt de la Préfecture de police», общій параличъ наблюдался 2880 разъ. На долю мужчинъ приходится 2148, а на долю женщинъ—742. Такимъ образомъ, по словамъ автора, мужчины-паралитики даютъ 12% изъ общаго числа ихъ, а женщины—5%. Взаимное отношеніе половъ выразится слѣдовательно, какъ 1:2,4. На Копенгагенскомъ международномъ съѣздѣ 1884 года Dr. Rohmell <sup>3)</sup> сообщаетъ цифры изъ Asile st. Hans, собранныя въ теченіи 20 лѣтъ Jespersen'омъ и имъ, при чемъ изъ 1729 *мужчинъ* — всего у 48. Мужчины даютъ 15,55%, женщины — 1,76%. Совсѣмъ другіе выводы получилъ д-ръ Jacobson, описавшій ту-же больницу семь лѣтъ спустя въ своей статьѣ: «Dementia paretica hos Kirnden en Klinisk-Aetiologisk Studie». Включивъ сюда и цифры Rohmell онъ пишетъ (Bull. de société de Medicine Mental. de Belgique. 1891 № 61), что въ теченіи 27 лѣтъ поступило мужчинъ всего 2611, изъ коихъ паралитиковъ было 495; а изъ 2178 женщинъ параличъ наблюдался 116 разъ. Такимъ образомъ мужчины даютъ 18,5%, а женщины—5,3%. Что касается *Англии*, то, по отчету д-ра Thurman <sup>4)</sup>, изъ 946 вновь поступившихъ больныхъ наблюдается мужчинъ-паралитиковъ 83, женщинъ—33. Мужчины, по его словамъ, даютъ 18,86%, женщины—6,52%.

<sup>1)</sup> Manicomio di Genova 1889.

<sup>2)</sup> Quelques considérations sur la folie à Paris. 1886.

<sup>3)</sup> Congrès international de Copenhague 1884. Compte-Rendu des travaux. Copenhague 1885.

<sup>4)</sup> Взято изъ диссертациі Kellner'a. (См. ниже).

Обращаясь къ изученію этого вопроса въ Россіи, я имѣлъ возможность воспользоваться отчетами многихъ преимущественно провинціальныхъ учреждений. Какъ видно изъ приложенной ниже табл. В., на основаніи анализа болѣе, чѣмъ 10,000 душевно-больныхъ (10,224), мы можемъ сказать, что у насъ прогрессивный параличъ у мужчинъ даетъ 13,8<sup>0</sup>/о общаго числа больныхъ мужчинъ, а у женщинъ—4,38<sup>0</sup>/о по отношенію къ другимъ душевнымъ болѣзнямъ ихъ. Такимъ образомъ взаимное отношеніе половъ выразится цифрами — 1 : 3,15. При этомъ я долженъ прибавить, что мною, во избѣжаніе недоразумѣній, *взяты только вновь поступившіе больные* (тоже я долженъ сказать и про цифры заграничныхъ авторовъ).

Итоги всѣхъ этихъ вычисленій можно изложить въ формѣ слѣдующей таблицы:

	Общее число больныхъ.	% пара- литиковъ.	% пара- литичекъ.	Взаимное отношеніе половъ.
Данія . . .	4,789	18, 5	7, 3	1 : 3,49
Австрія . . .	8,546	26, 8	7, 8	1 : 3,48
Италія . . .	5,780	12, 3	3, 7	1 : 3,32
Германія . . .	16,705	31,34	9,64	1 : 3,25
Россія . . .	10,224	13, 8	4,38	1 : 3,15
Англія . . .	946	18,86	6,52	1 : 2,89
Бельгія . . .	7,656	12, 2	4, 4	1 : 2,77
Франція . . .	49,267	12	5	1 : 2,40
Итого. . .	103,913	—	—	1 : 3,08

Всѣ поименованныя государства расположены мною въ послѣдовательномъ порядкѣ, по мѣрѣ увеличенія числа случаевъ прогрессивнаго паралича у женщинъ. Соответственно этому первое по списку государство будетъ то, гдѣ параличъ у женщинъ встрѣчается наибѣе, а послѣднимъ будетъ то, гдѣ параличъ отмѣченъ наимѣе. Государствомъ, гдѣ прогрессивный параличъ встрѣчается рѣже всего у женщинъ по отношенію къ таковому же у мужчинъ, какъ видно изъ этой таблицы, надо признать Данію; а государствомъ, гдѣ женщины страдаютъ параличемъ наибѣе, на основаніи той же таблицы, надо считать Францію. Ядро или центръ этой таблицы занимаютъ Германія и Россія. У нихъ взаимное отношеніе половъ почти одно и тоже. Три государства —Италія, Австрія и Данія расположены выше этого центра, ибо въ нихъ число случаевъ паралича у женщинъ постепенно уменьшается, а остальные три государства—

Англія, Бельгія и Франція расположены ниже сказаннаго центра, ибо въ нихъ параличъ у женщинъ идетъ, постепенно увеличиваясь. Въ среднемъ выводѣ это взаимное соотношеніе половъ при параличѣ выражается отношеніемъ 1 : 3,08. Иначе говоря на *десять больныхъ мужчинъ приходится три женщины*. Какъ видно изъ этой таблицы, *шесть Европейскихъ государствъ—Австрія, Италія, Германія, Россія, Данія и Англія—вполнѣ отвѣчаютъ этому среднему выводу*. Два государства—Франція и Бельгія—нѣсколько уклоняются отъ него, ибо въ Бельгіи на 10 больныхъ мужчинъ приходится почти 4 женщины, а во Франціи—ровно четыре женщины. Такимъ образомъ наши выводы мы можемъ формулировать такъ: въ шести государствахъ Европы—Австріи, Германіи, Италіи, Англіи, Россіи и Даніи—взаимное отношеніе половъ при прогрессивномъ параличѣ (какъ показываетъ анализъ 47,000 душевно-больныхъ этихъ странъ) почти одно и тоже, при чемъ оно можетъ быть сформулировано такъ: *во всѣхъ сказанныхъ государствахъ на 10 мужчинъ-паралитиковъ приходится 3 женщины, страдающія параличемъ*<sup>1)</sup>. Въ Бельгіи и Франціи параличъ у женщинъ встрѣчается нѣсколько чаще: *въ среднемъ здѣсь на десять мужчинъ приходится 4 женщины*.

Эти выводы представляются на столько-же интересными, насколько и неожиданными. Неожиданными потому, что у большинства изъ насъ составилось убѣжденіе, что параличъ у женщинъ вообще встрѣчается рѣдко. Шюле, какъ сказано

<sup>1)</sup> Во избѣжаніе недоразумѣній, я считаю необходимымъ обратить вниманіе на тотъ способъ, которымъ я пользовался при полученіи своихъ выводовъ. Если мы входимъ въ больницу, устроенную на 300 человекъ душевно больныхъ мужчинъ и 200—женщинъ, и если мы скажемъ, что въ данной больницѣ мужчинъ-паралитиковъ 60, а женщинъ 12, то, для опредѣленія взаимнаго отношенія половъ, я беру  $\%$ -ное отношеніе мужчинъ паралитиковъ къ общему числу ихъ. Въ данномъ случаѣ оно  $= 20\%$ . Для 12 больныхъ женщинъ это процентное отношеніе къ общему числу ихъ равно  $6\%$ . Раздѣливъ 20 на 6, получаю взаимное отношеніе половъ. Нѣкоторые же, повидимому, при сужденіи о частотѣ паралича у обоихъ половъ, берутъ цифру мужчинъ-паралитиковъ и таковыхъ-же женщинъ (въ нашемъ примѣрѣ 60 и 12) и отсюда дѣлаютъ выводъ, что, слѣдовательно, параличъ у мужчинъ встрѣчается въ пять разъ чаще, чѣмъ у женщинъ. Понятно само собою, насколько этотъ способъ не вѣренъ и слѣдовательно не наученъ: нельзя сравнивать вещи случайныя и не тождественныя (я разумѣю устройство больницъ по типу -- 300 мужч. и 200 женск. мѣстъ).

выше, въ своемъ руководствѣ 1886 г. это взаимное соотношеніе половъ опредѣляетъ какъ 1:7, но при этомъ прибавляетъ, что, повидимому, это соотношеніе еще меньше. Читая его, нельзя составить себѣ представленіе о томъ, какого метода держался авторъ, дѣлая сказанный выводъ—метода-ли строго статистическаго или метода простаго сопоставленія числа случаевъ прогрессивнаго паралича у мужчинъ и женщинъ? Если онъ держался перваго метода, то въ настоящее время, какъ мы видѣли, мы должны внести крупную поправку, ибо на основаніи собранныхъ нами цифръ мы должны сказать, что параличъ у женщинъ встрѣчается ровно *вдвое чаще* того отношенія, которое указано у Шюле. Если-же свой выводъ онъ сдѣлалъ путемъ простаго сопоставленія общихъ цифръ паралича у обоихъ половъ, то и тогда его выводъ не вѣренъ для настоящаго времени. Въ самомъ дѣлѣ, если взять трехъ нѣмецкихъ авторовъ (т. е. такихъ, выводы которыхъ всего-бы ближе должны были подходить къ выводамъ Шюле)—Зимерлинга, Келнера и Кэза, то въ общей сложности они видѣли 2979 мужчинъ-паралитиковъ и 694 женщины. Если взять отношеніе этихъ цифръ, то на четырехъ мужчинъ-паралитиковъ прійдется одна женщина-паралитичка <sup>1)</sup>. Такимъ образомъ, если принять во вниманіе то добавленіе, которое дѣлаетъ Шюле, принимая отношеніе половъ, какъ 1:7 („in einem noch viel kleineren Procentsatze“), мы видимъ, что какого-бы метода ни держаться при рѣшеніи вопроса о частотѣ паралича у женщинъ, несомнѣнно, что въ настоящее время мы должны сказать, что параличъ у женщинъ въ большинствѣ Европейскихъ государствъ встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ думали прежніе авторы. Что касается Шюле, то можно съ увѣренностью сказать, что *параличи у женщинъ наблюдаются вдвое чаще* тѣмъ, что писалъ по этому поводу сказанный авторъ въ 1886 году.

Что это—ошибка, или дѣйствительно число случаевъ паралича у женщинъ постепенно увеличивается? Повидимому, здѣсь есть и то и другое. Съ одной стороны не подлежитъ

<sup>1)</sup> Если приложить этотъ способъ ко всѣмъ приведеннымъ мною выше государствамъ, то въ среднемъ получается почти тотъ-же выводъ. Въ Германіи—на 2979 мужчинъ 694 женщины. Въ Италіи—449 мужч. 102 женщ. Въ Бельгіи—520 мужч. и 148 женщ. Во Франціи—2138 мужч. 742 женщ. Въ Россіи—858 мужч. 142 женщины. Сложивъ все это и взявъ отношеніе, получимъ 3.8, т. е. на одну женщину почти 4 мужчины.

сомнѣнію, что многіе прежніе авторы вопросъ о частотѣ параличѣ рѣшали на основаніи своихъ личныхъ наблюденій (иногда очень многочисленныхъ) и отсюда понятна возможность ошибки; но съ другой стороны есть основаніе думать, что параличъ у женщинъ дѣйствительно встрѣчается все чаще и чаще. Такъ, д-ръ Planès въ цитированной выше работѣ говоритъ, что въ теченіи семи лѣтъ—съ 1872 по 1878 г.—мужчинъ паралитиковъ было 1031, а въ слѣдующее семилѣтіе—съ 1879 по 1885 г.—ихъ было 1107. Такимъ образомъ число ихъ увеличилось на 6<sup>0</sup>/. Женщинъ въ первый семилѣтній промежутокъ было 302, а во второй—440. Слѣдовательно число ихъ увеличилось на 45<sup>0</sup>/.

То же наблюдается и въ Дании: если сравнить цифры д-ровъ Rohmell и Jakobson (см. выше), то ясно, что прогрессивный параличъ за послѣдніе 7 лѣтъ вообще увеличился въ Копенгагенѣ. Но въ то время, какъ у мужчинъ онъ увеличился на 10<sup>0</sup>/, у женщинъ—на 12.4<sup>0</sup>/.

Интересныя въ этомъ отношеніи свѣдѣнія сообщаетъ д-ръ Otto Snell <sup>1)</sup> для Ганноверской провинціи за тридцатилѣтній промежутокъ—съ 1857 по 1886 г. Какъ видно изъ приводимыхъ имъ цифръ, несомнѣнно, что за послѣдніе 15 лѣтъ прогрессивный параличъ вообще увеличился сравнительно съ первымъ пятнадцатилѣтнимъ промежутокъ; въ то же время увеличилось и количество душевно-больныхъ. Но интересно то, что въ то время, какъ количество душевно-больныхъ за второе пятнадцатилѣтіе увеличилось всего на 7<sup>0</sup>/, прогрессивный параличъ въ то же время увеличился на 27<sup>0</sup>/.

Такимъ образомъ повидимому вѣрно, что число паралитиковъ вообще постепенно увеличивается, но это нарастаніе у женщинъ идетъ повидимому быстрѣе, чѣмъ у мужчинъ, такъ что слова д-ра Ritti <sup>2)</sup>: „la femme, pour avoir laissé longtemps le triste privilège de la paralysie générale à l'homme, cherche à le lui disputer; même pour cette affreuse maladie, elle veut devenir l'égale de l'homme“ имѣютъ за собою нѣкоторое фактическое основаніе.

Полученные нами выводы относительно частоты прогрессивнаго паралича у женщинъ, какъ я сказалъ, для многихъ

<sup>1)</sup> Die zunehmende Häufigkeit der Dem. par. Allg. Zeitschrift. 1880 г.

<sup>2)</sup> Étologie de la paralysie générale. Gazette hebdomadaire de méd. et de chirurgie. N<sup>o</sup> 43, 1888.

изъ насъ представляются нѣсколько неожиданными. Особенно для врачей-практиковъ. Главная причина нашего невѣрнаго сужденія о частотѣ паралича у женщинъ, кромѣ сказанныхъ выше, лежитъ еще въ томъ, что большинство женщинъ, страдающихъ сказанною болѣзью, принадлежитъ къ низшимъ слоямъ общества—къ тѣмъ слоямъ, куда насъ не зовутъ и откуда больныхъ въ наши пріемныя не водятъ, а везутъ ихъ прямо по больницамъ. Между тѣмъ относительно мужчинъ наблюдается совершенно обратное явленіе: изъ нихъ параличемъ страдаютъ очень часто лица привилегированныхъ сословій, гдѣ на помѣщеніе въ лѣчебницы смотрятъ какъ на крайность и гдѣ стараются сколь возможно дольше держать и лѣчить больныхъ дома. Вотъ причина, почему врачу-практику приходится очень часто давать совѣты мужчинамъ и очень рѣдко женщинамъ, страдающимъ параличемъ. Больницы-же, какъ мы видѣли, даютъ совершенно иное соотношеніе.

Кромѣ своей неожиданности, полученные мною выводы, безспорно представляются и очень интересными, ибо можетъ-быть они прольютъ свѣтъ на рѣшеніе нѣкоторыхъ вопросовъ по поводу этиологій паралича. Выше мы видѣли, что если взять цифры шести государствъ Европы—Германіи, Австріи, Даніи, Италіи, Англіи и Россіи—то, не смотря на все разнообразіе условій, среди которыхъ живутъ и заболѣваютъ подданные этихъ шести государствъ, они сходятся между собою въ одномъ: повсюду соотношеніе между полами больныхъ получается почти одно и то же, хотя общій  $\%$  прогрессивнаго паралича напримѣръ мужчинъ въ различныхъ государствахъ колеблется отъ 31 до 12. Гдѣ причины этого явленія? Извѣстно, что Крафт-Ебингъ еще въ 1887 г. соотношеніе половъ при параличѣ думалъ объяснить соотношеніемъ половъ при *tabes*. А именно, по его наблюденіямъ, какъ прогрессивный параличъ, такъ и *tabes* встрѣчаются въ восемь разъ рѣже у женщинъ. Послѣ извѣстнаго афоризма Мебіуса, что прогрессивный параличъ есть *tabes* головного мозга, объясненіе Крафт-Эбинга въ сущности не есть отвѣтъ на интересующій насъ вопросъ. Причинъ этого явленія (въ шести государствахъ Европы на 10 мужчинъ приходится 3 больныхъ женщинъ) скорѣе всего надо искать тамъ, гдѣ сходятся между собою больные, взятые изъ различныхъ государствъ, жившіе и захворавшіе при различныхъ условіяхъ. А сходятся они между собою ближе всего—въ этиологій. Къ какой-бы странѣ не принадлежали больные, въ этиологій ихъ мы находимъ приближи-

тельно одинаково часто сифилисъ, алкоголизмъ и пр. Отсюда невольно является вопросъ: не зависитъ-ли это взаимное соотношеніе половъ при параличѣ отъ взаимнаго соотношенія половъ при самомъ могущественномъ изъ всѣхъ этиологическихъ моментовъ, т. е. при сифилисѣ? Произведенныя мною (равно и другими <sup>1)</sup> въ этомъ направленіи изысканія даютъ однако прямо отрицательный отвѣтъ. *Герценштейнъ* въ своей книгѣ „Сифилисъ въ Россіи“ на основаніи громаднхъ цифръ, собранныхъ медицинскимъ департаментомъ, устанавливаетъ такое соотношеніе половъ при сифилисѣ <sup>2)</sup>: на 100 больныхъ мужчинъ въ городахъ приходится 70 женщинъ. Что же касается селъ и деревень, то здѣсь по вычисленіямъ Герценштейна наблюдается какъ разъ обратное явленіе: здѣсь на 100 больныхъ женщинъ приходится 77 мужчинъ <sup>3)</sup>. А такъ какъ населеніе селъ и деревень въ общей сложности больше городского, то, на основаніи этихъ вычисленій, мы можемъ сказать, что по крайней мѣрѣ въ Россіи сифилисъ распространенъ между женщинами не только не меньше, но повидимому даже нѣсколько больше, чѣмъ среди мужчинъ. Но съ другой стороны, какъ мы сейчасъ видѣли, не подлежитъ сомнѣнію, что въ городахъ мужчинъ сифилитиковъ больше, чѣмъ женщинъ. Что касается Москвы, то свѣдѣнія, взятые мною изъ отчетовъ городской управы (1886—1890 г.г.) и касающіяся больныхъ всѣхъ вообще городскихъ больницъ, обнаруживаютъ и для Москвы тоже отношеніе половъ при сифилисѣ, которое нашелъ Герценштейнъ для всѣхъ городовъ Россійской Имперіи т. е. на 100 мужчинъ—сифилитиковъ и въ Москвѣ приходится 70 женщинъ <sup>4)</sup>. На сто-же случаевъ мужчинъ паралитиковъ, въ шести европейскихъ государствахъ, приходится какъ мы видѣли 25 женщинъ (если просто сопоставить цифры мужчинъ-паралитиковъ и женщинъ, не беря отношенія процентовъ ихъ).

Эти отрицательные результаты въ сущности и не должны никого удивлять. Конечно, если-бы общій параличъ всецѣло зависѣлъ отъ сифилиса, то вѣроятно тогда получилось-бы и соотношеніе половъ, параллельное соотношенію половъ при си-

<sup>1)</sup> См. „Душевные заболѣванія при сифилисѣ“ П. И. Ковалевскаго, стр. 56 „Архивъ Психіатріи“ № 2, томъ XXI.

<sup>2)</sup> Стр. 392.

<sup>3)</sup> Стр. 395.

<sup>4)</sup> Во всѣхъ городскихъ больницахъ въ теченіе 1887 и 1890 г.г. лежало всего сифилитиковъ—14,491 муж. и 9,972 жен.



филисѣ. Но выше я нарочно старался обратить вниманіе на то, что для развитія паралича требуется присутствіе за-разъ не менѣе 3 этиологическихъ моментовъ. Можетъ быть причины выведеннаго мною для шести европейскихъ государствъ закона о соотношеніи половъ при параличѣ и лежатъ именно въ томъ, что у женщинъ и *сифилисѣ* (по крайней мѣрѣ это относится до большихъ городовъ, гдѣ чаще всего и вербуетъ свои жертвы параличъ), и *алкоголизмъ* встрѣчаются вообще рѣже, чѣмъ у мужчинъ. Далѣе, повидимому, вѣрно и то, что прогрессивный параличъ по своему, такъ сказать, болѣе скромному теченію у женщинъ рѣже требуетъ помѣщенія ихъ въ спеціальныя больницы, нежели это бываетъ у мужчинъ. Вотъ три причины, которыя у женщинъ наблюдаются рѣже. Можетъ быть поэтому въ три раза рѣже наблюдается у нихъ и параличъ (я разумѣю шесть государствъ). Но, конечно, это есть съ моей стороны только предположеніе и я нисколько не претендую считать эти предположенія вѣрными разрѣшеніемъ этого интереснаго вопроса. Во всякомъ случаѣ слѣдуетъ обратить вниманіе на то—почему датчанки рѣже заболѣваютъ параличемъ сравнительно съ француженками? Желательно, чтобы на этотъ вопросъ обратили вниманіе психіатры сказанныхъ странъ. И по всей вѣроятности разрѣшеніе этого вопроса прольетъ свѣтъ на этиологию паралича у женщинъ... <sup>1)</sup>

2. Второй выводъ касается *возраста больныхъ*. *Существуетъ-ли въ этомъ отношеніи какая нибудь разница между мужчинами и женщинами?* Вопросъ этотъ имѣетъ очень большое значеніе, ибо онъ невольно выдвигаетъ на сцену новый этиологическій моментъ, а именно *климактерическій періодъ*. Многие изъ авторовъ (Sander, Krafft-Ebing, Jung, Grepin, а также Schüle) придаютъ очень большое значеніе сказанному періоду въ этиологій паралича у женщинъ. Но при провѣркѣ оказывается, что это положеніе не имѣетъ

<sup>1)</sup> Здѣсь встаетъ сказать, что въ Америкѣ, повидимому, прогрессивный параличъ вообще встрѣчается очень рѣдко и тамъ разница между частотой паралича у мужчинъ и женщинъ очень большая. Такъ въ мартѣ 1891 г. въ „The journal of Nervous and Mental Disease“ на стр. 202 помѣщенъ краткій отчетъ о частотѣ паралича въ четырехъ американскихъ больницахъ, изъ коего видно, что изъ 2,696 больныхъ мужчинъ—паралитиковъ было 81 (3%), а изъ 2,464 душевно-больныхъ женщинъ—паралитичекъ всего 7 (0,28%). Взаимное отношеніе половъ = 1 : 10,7, т. е. на 11 мужчинъ—одна больная женщина.

за собою достаточно твердой почвы. Ниже приложена табл. (С.), охватывающая собою возрастъ больныхъ (всего въ количествѣ 857 душъ), при чемъ оказывается, что относительно возраста собственно нѣтъ замѣтной разницы между мужчинами и женщинами, ибо для обоихъ половъ возрастомъ, наиболѣе располагающимъ къ заболѣванію параличемъ, является десятилѣтіе между 30 и 40 годами, какъ видно изъ табл. С. Siemerling опредѣляетъ этотъ возрастъ еще точнѣе: промежутокъ отъ 36 до 40 лѣтъ—вотъ наиболѣе любимый возрастъ женскаго паралича. Nicolau въ недавно вышедшей работѣ (см. ниже) 40 лѣтъ считаетъ „en quelque sorte, le „bel âge“ de la paralysie générale“... Коротко говоря, на основаніи всѣхъ этихъ данныхъ *возрастъ, предшествующій климактерическому періоду, надо считать наиболѣе располагающимъ къ заболѣванію параличемъ.*

3. Что касается *распределенія больныхъ по различнымъ профессіямъ и общественному положенію*, то здѣсь нѣтъ возможности установить какой нибудь строго опредѣленный выводъ, какъ это мы видѣли по отношенію мужчинъ изъ работы д-ра Oebeke. Относительно женщинъ прежде всего слѣдуетъ сказать, что большинство нѣмецкихъ авторовъ (Krafft-Ebing, Hoffmann и друг.) констатируютъ тотъ фактъ, что у женщинъ высшихъ классовъ параличъ встрѣчается крайне рѣдко. Тоже говорятъ и Baillarger, Martini, Colovitch. Послѣдній въ своей книгѣ указываетъ на то, что если взять статистику частныхъ лѣчебницъ, какъ французскихъ, такъ и нѣмецкихъ, то на 310 мужчинъ, страдающихъ параличемъ, въ одно и тоже время, въ однихъ и тѣхъ-же учрежденіяхъ, можно насчитать всего 16 женщинъ. Иначе говоря на 100 мужчинъ, могущихъ лѣчиться въ частныхъ лѣчебницахъ, приходится всего пять женщинъ, а въ казенныхъ больницахъ на 100 мужчинъ паралитиковъ (считая не по строго-статистическому методу, а по методу простого сравненія) надо положить не менѣе 25 женщинъ. Такимъ образомъ параличъ чаще всего вербуетъ себя жертвы изъ тѣхъ слоевъ, гдѣ нужда, горе и заботы встрѣчаются наичаще. Отсюда понятно, почему параличъ вообще наблюдается чаще всего въ большихъ городахъ, центрахъ промышленности и торговли. Такъ, по словамъ Régis параличъ вообще наблюдается въ десять разъ рѣже у деревенскихъ жителей. Соотвѣтственно всему сказанному не должно казаться страннымъ, что 0/о замужнихъ гораздо больше, чѣмъ незамужнихъ или вдовъ. Какъ видно изъ прилагаемой ниже

таблицы Д., по статистикѣ различныхъ авторовъ, замужнія даютъ 70<sup>0</sup>/о паралича, дѣвицы—около 23<sup>0</sup>/о и вдовы—7<sup>0</sup>/о. Что касается незамужнихъ, то здѣсь горничныя, модистки, проститутки и фабричныя встрѣчаются чаще другихъ категорій. Но все въ такихъ цифрахъ, что нельзя вывести никакого твердо-установленнаго положенія. Обращаясь въ частности къ *проституціи*, нельзя не замѣтить, что она играетъ довольно замѣтную роль въ этиологіи паралича, ибо если взять цифры Крафтъ-Эбинга, Рейнгардта, Зимерлинга, Якобсона и Коловича, то изъ 644 больныхъ мы видимъ 80 проститутокъ (12,4<sup>0</sup>/о). Кромѣ того надо имѣть въ виду возможность тайной проституціи. По статистикѣ французскихъ авторовъ (Nicolau) можно сказать, что во Франціи профессіи «*journalières*» и «*couturières*» даютъ наибольшій контингентъ заболѣваній, при чемъ д-ръ Nicolau поясняетъ, что тяжелый трудъ, свойственный этимъ профессіямъ, заставляетъ ихъ часто прибѣгать къ возбужденію себя нѣсколькими чашками кофе, всегда съ большою примѣсью алкоголя.

Гораздо болѣе опредѣленные указанія мы можемъ почерпнуть изъ той статистики, которая имѣетъ въ виду матеріальное положеніе больныхъ. Въ этомъ отношеніи очень интересныя указанія мы находимъ у д-ра Peeters: изъ 148 паралитиковъ—146 были «неимущія женщины» и только 2—обеспеченныя (при этомъ надо сказать, что и мужчины платятъ большую дань нищетѣ, ибо изъ нихъ оказалось 475 неимущихъ и только 45 обеспеченныхъ).

Такимъ образомъ, относительно женщинъ нельзя сказать, чтобы собственно какая-нибудь профессія располагала къ заболѣванію, ибо мы видимъ, что 1) *чаще всего хвораютъ замужнія, но бѣдныя женщины*. Это уже одно свидѣтельство о томъ, что нужда, тяжелая борьба за существованіе играютъ сильную роль въ этиологіи этой категоріи людей, 2) *Затѣмъ чаще всего заболѣваютъ тѣ женщины, которыя рядомъ съ тяжелымъ трудомъ допускаютъ себѣ и различныя излишества*, напр. алкоголь, кофе (подеишцы—во Франціи, швей—во Франціи и Германіи) и наконецъ 3) *часто заболѣваетъ та категорія женщинъ, вся жизнь которыхъ есть цѣлый рядъ различныхъ излишествъ* (половыхъ, алкогольныхъ) и *идетъ чаще всего наблюдается сифилисъ* (напр. проститутки).

4. Обращаясь теперь къ рассмотрѣнію собственно этиологическихъ моментовъ, остановимся прежде всего на *наследствен-*

ности. По наблюденіямъ нѣмецкихъ авторовъ (см. табл. Е.), *наслѣдственность* отмѣчена въ 21%. Reingardt признаетъ ее въ 24,5%. Jacobson—въ 28%; Nicolau—въ 31,7%. Если теперь взять во вниманіе мнѣніе, высказываемое нѣкоторыми во Франціи «que le candidat paralytique n'est autre chose qu'un dégénéré (Régis, Lemoine, Charpentier) <sup>1)</sup> и вышеприведенную фразу Wilson («General paralytics are born, not made»), то нѣтъ сомнѣнія, что вышеприведенный % наслѣдственности надо считать ниже дѣйствительнаго. Работа Oebeke хотя и касается мужчинъ, но можетъ служить подтвержденіемъ сейчасъ высказываемаго нами мнѣнія, ибо онъ находитъ наслѣдственность въ 55% паралича. А наши личные наблюденія, касающіяся женщинъ, уже прямо доказываютъ, что % наслѣдственности долженъ быть больше того, который указывается большинствомъ авторовъ, писавшихъ по поводу паралича у женщинъ, ибо, какъ видно изъ табл. G., мы находимъ *наслѣдственность* въ 50% нашихъ больныхъ.

5. Весьма важнымъ этиологическимъ моментомъ по отношенію къ мужчинамъ, какъ мы видѣли, является *сифилис*. Посмотримъ, что говорятъ по этому поводу авторы, писавшіе о параличѣ у женщинъ. Изученіе вопроса объ отношеніи сифилиса къ общему параличу представляетъ большой психологическій интересъ, ибо нѣтъ другой области, гдѣ бы съ такой рельефностью можно было замѣтить, какое большое значеніе во всѣхъ нашихъ дѣяніяхъ имѣютъ внушеніе и самовнушеніе. Въ самомъ дѣлѣ, только становясь на эту точку зрѣнія, можно понять, почему одни наблюдатели видятъ его въ 70, 80 и даже болѣе процентахъ, а другіе—только въ 2 или еще менѣе. Нѣтъ сомнѣнія, что это не случайное явленіе, а результатъ того претенціознаго взгляда, съ которымъ многіе приступаютъ къ изученію сказаннаго вопроса. Предубѣжденные противъ всякаго значенія сифилиса, они не ищутъ, или не желаютъ его видѣть въ анамнезѣ своихъ больныхъ. Приводимое д-ромъ Nicolau двустышіе:

Les chercheurs ne savent plus voir

Que la couleur qui peut leur plaire...

есть безусловно вѣрно подмѣченное явленіе.

Соотвѣтственно этому просматривая различныхъ авторовъ, мы видимъ, что одни (напр. Крафтъ-Эбингъ) совсѣмъ ничего не говорятъ о сифилисѣ при изученіи своихъ больныхъ; дру-

<sup>1)</sup> Nicolau. Ann. médico-psycholog. 1893 № 1 стр. 22.

гіе отводятъ сифилису очень скромное значеніе въ этиологіи жевскаго паралича, напр. Jung отмѣчаетъ его не болѣе, какъ въ 2,2<sup>0</sup>/. Kellner изъ 27 больныхъ только въ одномъ случаѣ (т. е. почти въ 4<sup>0</sup>/) видитъ указанія на прежде бывшій сифилисъ. Siemerling—въ 12,6<sup>0</sup>/, Greppin—въ 15,4<sup>0</sup>/. Совсѣмъ другаго взгляда держится Копенгагенскій психіатръ Jacobson <sup>1)</sup>. Въ своей статьѣ „The Relationship between Paralysis of the Insane and Syphilis“ онъ, анализируя 116 случаевъ паралича у женщинъ, приходитъ къ тому заключенію, что изъ всѣхъ этиологическихъ моментовъ самую выдающуюся роль играетъ сифилисъ: онъ находитъ указанія на бывшій прежде сифилисъ въ 65<sup>0</sup>/% своихъ больныхъ. Другой Датскій психіатръ Rohmell на Копенгагенскомъ международномъ съѣздѣ 1884 года, анализируя своихъ больныхъ, отмѣчаетъ сифилисъ въ 66<sup>0</sup>/% паралича у женщинъ <sup>2)</sup>. Что же касается мужчинъ, то у нихъ онъ сифилисъ признаетъ почти въ 80<sup>0</sup>/% (69,4).

Обращаясь къ Франціи, я долженъ сказать, что всѣ авторы ея, писавшіе *спеціально о параличѣ у женщинъ*, почти не придаютъ сифилису никакой роли въ этиологіи рассматриваемой болѣзни, ибо они всегда находили его въ очень ничтожной пропорціи. Интересна и поучительна въ этомъ отношеніи статья д-ра Nicolau, вышедшая можно сказать на этихъ дняхъ. Онъ въ 101 случаѣ паралича у женщинъ нашелъ сифилисъ всего одинъ разъ! Отвѣтъ на это, очевидно, надо искать въ вышеприведенномъ двустии, которое и взято мною у него же....

Впрочемъ одинъ изъ этихъ авторовъ (а именно Régis), писавшій о параличѣ у женщинъ въ 1882 году, впослѣдствіи очевидно измѣнилъ свои взгляды, судя по тому, что на послѣднемъ Руанскомъ конгрессѣ (1890 г.) онъ явился самымъ энергичнымъ поклонникомъ сифилиса въ этиологіи паралича <sup>1)</sup>. Здѣсь кстати сказать, что именно на этомъ конгрессѣ съ наглядностью обозначилась та громадная разница, которая существуетъ у различныхъ психіатровъ при рѣшеніи вопроса объ отношеніи сифилиса къ параличу. Такъ, на этомъ конгрессѣ, самымъ яркимъ поклонникомъ сифилиса въ этиологіи паралича (какъ я сказалъ) явился Régis, который находилъ его въ 80<sup>0</sup>/% паралича. Другіе докладчики по тому же вопросу настолько рѣзко отличались отъ него, что конгрессъ не

<sup>1)</sup> Journal of Mental science. April 1892.

<sup>2)</sup> Annal. médico-psychol. 1890.

могъ придти, въ виду такихъ противурѣчивыхъ данныхъ, ни къ какому заключенію, А именно: Cullegre — находилъ сифилисъ всего въ 13,2<sup>0</sup>/о; Dubuisson—въ 3,1<sup>0</sup>/о А. Auguste Voisin—всего въ 1,6<sup>0</sup>/о! Anglade <sup>1)</sup>, писавшій уже послѣ этого конгресса, у 37 женщинъ нашелъ 30 разъ сифилисъ несомнѣнный, а 5 разъ—вѣроятный.

Что касается Россіи, то собственно о прогрессивномъ параличѣ у женщинъ у насъ до сего времени никто не писалъ, хотя на этиологическое значеніе сифилиса при *tabes* и *par. progressiva* уже давно обращено было и у насъ должное вниманіе (проф. Ковалевскій, Миноръ, проф. Кожевниковъ и Корсаковъ). Такъ, пять лѣтъ тому назадъ д-ръ Миноръ <sup>2)</sup>, на основаніи своихъ наблюденій, а также наблюденій проф. Кожевникова и Корсакова, произведенныхъ въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ, приходитъ къ заключенію, что сифилисъ имѣетъ одинаково громадное значеніе въ этиологіи какъ спинной сухотки, такъ и паралича, ибо какъ при той, такъ и при другой болѣзни онъ встрѣчается не менѣе 60—70 разъ на 100.

Въ этой же статьѣ есть указанія и на частоту сифилиса при параличѣ собственно женщинъ. Такъ на страницѣ 265 д-ръ Л. С. Миноръ, разсматривая матеріалъ, переданный ему проф. Корсаковымъ, отмѣчаетъ, что среди женщинъ *сифилисъ несомнѣнный и весьма вѣроятный* наблюдался въ 50<sup>0</sup>/о. А если прибавить сюда тѣ случаи, *идѣ онъ былъ возможенъ* («нѣкоторая возможность»), то *въ общемъ сифилисъ будетъ имѣть мѣсто въ 87<sup>0</sup>/о прогрессивнаго паралича у женщинъ*.

Обращаясь къ анализу нашихъ больныхъ, какъ видно изъ прилагаемой ниже табл. G, мы находимъ указаніе на прежде бывшій сифилисъ въ 58<sup>0</sup>/о. А въ 42<sup>0</sup>/о—онъ отрицался со стороны родственниковъ больныхъ. Но я охотно допускаю, что <sup>0</sup>/о этотъ гораздо ниже дѣйствительнаго, ибо нѣтъ сомнѣнія, что если есть мужчины, скрывающіе бывшій у нихъ сифилисъ, то еще болѣе можно встрѣтить женщинъ, имѣющихъ основаніе его скрывать. Это касается, напр., тѣхъ женщинъ, которыя выходили замужъ вторично. Собирая *anamnesis* приходилось отъ нихъ вторыхъ мужей, но едва-ли послѣдніе были посвящены во всѣ тайны прошлой жизни... Далѣе, среди мо-

<sup>1)</sup> Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de la paralysie générale progressive. 1892.

<sup>2)</sup> Вѣстникъ Мержеевского, 1888 г. Выпускъ I.

нихъ больныхъ было нѣсколько женщинъ, которыя еще до замужества имѣли незаконныя связи—опять поводъ не быть очень болтливой относительно своего прошлаго. Наконецъ, не подлежитъ сомнѣнію, что есть и такіе случаи, гдѣ сифилисъ остался совершенно неизвѣстнымъ самому субъекту, его перенесшему. Иногда вторичныя явленія бываютъ такъ слабо выражены, что они могутъ протечь совершенно незамѣченными, и слѣдовательно бывшій прежде твердый шанкръ можетъ быть принятъ за мягкій. Д-ръ Toulouse <sup>1)</sup> справедливо замѣчаетъ: „la femme est, de plus, très fréquemment ignorante de sa maladie, car le chancre induré passe chez elle souvent inaperçu“. Признавая на основаніи всего этого, что 0/0, найденный у моихъ больныхъ, по всей вѣроятности, представляется ниже дѣйствительнаго, я позволю себѣ, для рѣшенія вопроса о частотѣ сифилиса при параличѣ у женщинъ, остановиться на слѣдующихъ статистическихъ данныхъ:

	Число парали- тиковъ.	0/0 сифили- тиковъ.
Iacobson . . . . .	100	65 0/0
Rohmell . . . . .	38	66 „
Anglade . . . . .	37	94 „
Наши больные . . . . .	34	58 „
Корсаковъ . . . . .	8	84 „
Итого . . . . .		217 Средн. 0/0 74

Такимъ образомъ анализъ 217 больныхъ, произведенный различными авторами, даетъ указанія на бывшій прежде сифилисъ въ 44 0/0 паралича у женщинъ. Но и на этотъ выводъ я не склоненъ смотрѣть какъ на точный и окончательный, ибо, если этотъ приѣмъ даетъ возможность исправить ошибки каждой статистики въ отдѣльности, то нѣтъ нисколько не устраняются тѣ причины, о которыхъ я сказалъ выше и которыя затрудняютъ рѣшеніе вопроса объ участіи сифилиса въ этиологіи паралича вообще, а у женщинъ въ особенности. Для окончательнаго рѣшенія этого вопроса нужны дальнѣйшія наблюденія.

6. Изъ другихъ этиологическихъ моментовъ безспорно очень видную роль играютъ такъ называемая „causes morales“ въ широкомъ смыслѣ слова—тяжелая борьба за существованіе, горе, заботы etc. Крафтъ-Эбингъ, изучая этиологію 80 случаевъ паралича у женщинъ и столькихъ же у мужчинъ, за-

<sup>1)</sup> Gâz. des Hôpitaux 1892.

мѣчаетъ, что эта категорія причинъ у женщинъ встрѣчается чаще; при чемъ это отношеніе выражается цифрами—14:41. Иначе говоря, болѣе чѣмъ въ половинѣ случаевъ паралича у женщинъ (51,2%) мы наблюдаемъ присутствіе различныхъ „моральныхъ причинъ“; между тѣмъ, какъ у мужчинъ вліяніе причинъ моральныхъ онъ отмѣчаетъ всего въ 17,5%. Но за то у мужчинъ гораздо чаще, чѣмъ у женщинъ, встрѣчается вообще „debauchirende Lebensweise“, при чемъ взаимное отношеніе половъ здѣсь выражается цифрой—51:26. Такимъ образомъ на долю женщинъ приходится всё-таки 32,5% всякихъ эксцессовъ (половыхъ, алкогольных). Большинство нѣмецкихъ авторовъ вообще указываетъ на то, что классъ „моральныхъ причинъ“ имѣетъ большое значеніе въ этиологіи паралича у женщинъ. Такъ Greppin въ 80,7% находитъ geistige und körperliche Ueberanstrengungen, schwerer Aerger, viel Kummer и s. w. (556 стр.). A. Siemerling въ своемъ Resumé (стр. 408) говоритъ: „in erster Linie unter den veranlassenden Ursachen stehen Schädlichkeiten, welche i hre Begründung in ungünstigen socialen Verhältnissen, in dem erschweren Kampfe ums Dasein finden“. Такимъ образомъ душевныя волненія + тяжелая борьба за существованіе, повидимому, у женщинъ гораздо чаще встрѣчается въ этиологіи паралича, нежели у мужчинъ (въ три раза по Крафтъ-Эбингу). Но зато у мужчинъ въ два раза чаще можно констатировать присутствіе всякихъ эксцессовъ. Что касается нашихъ больныхъ, то въ 38% мы нашли присутствіе различныхъ моральныхъ причинъ. Въ 15% отмѣченъ alcoholismus (табл. G). Такимъ образомъ „моральныя причины“ въ широкомъ смыслѣ слова + тяжелый трудъ въ общей сложности имѣютъ мѣсто въ 56,6% паралича у женщинъ (цифры Крафтъ-Эбинга, Греппина и наши).

7. Остальные этиологическіе моменты играютъ, повидимому, уже очень ничтожную роль у женщинъ. Такъ, выше мы уже говорили, что указываемое многими громадное значеніе климактерическаго періода фактически не подтверждается, ибо возрастъ, наиболѣе располагающій къ появленію паралича, приходится у женщинъ на тотъ періодъ, который предшествуетъ климактерію (по Зиммерлингу отъ 36 до 40 лѣтъ).

Приводимое нѣкоторыми указаніе на то, что *неправильности регулы, послѣродовой періодъ* имѣютъ значеніе въ этиологіи паралича, основано на такихъ малыхъ цифровыхъ данныхъ, что оно совершенно теряется въ цѣлой серіи дру-



гихъ болѣе могущественныхъ этиологическихъ моментовъ. Также слѣдуетъ сказать и о частыхъ и трудныхъ родахъ. Въ самомъ дѣлѣ, если взять больныхъ Крафтъ-Эбинга и Греппина (всего 106 случаевъ), то въ 12 изъ нихъ мы находимъ отиѣтку: или трудные, или частые роды. Мнѣ кажется, что если взять психически здоровыхъ женщинъ, то такое отношеніе, какъ 5 частыхъ и 7 трудныхъ родовъ на 106 женщинъ, мы конечно найдемъ и у нихъ.

8. Остается сказать нѣсколько словъ по поводу *травмы*. Вопросъ объ отношеніи травмы къ параличу конечно представляетъ очень большой и научный, и практическій интересъ. Дѣло въ томъ, что судя по характеру анатомо-патологическихъ измѣненій можно сказать, что параличъ есть циррозъ головного мозга. Спрашивается теперь—можетъ-ли этотъ циррозъ происходить отъ травмы? Если онъ не можетъ быть послѣдствіемъ травмы, то не можетъ-ли онъ развиваться вслѣдствіе того психическаго шока (*Gemütserschütterung*), который неизбѣженъ при нѣкоторыхъ несчастныхъ случаяхъ и который можетъ быть имѣть болѣе значеніе, чѣмъ само сотрясеніе мозга (*commotio cerebri*)? Наконецъ, третій вопросъ, сюда относящійся: не является-ли травма только моментомъ ускоряющимъ развитіе паралича, который все равно у даннаго субъекта появился-бы рано или поздно? Другими словами: не развивается-ли параличъ послѣ травмы только у людей, къ нему расположенныхъ? Рѣшеніе всѣхъ этихъ вопросовъ, кромѣ чисто научнаго интереса, имѣетъ большое значеніе въ судебно-медицинскомъ отношеніи. И мнѣ, и конечно многимъ изъ психіатровъ приходилось встрѣчаться съ прямо и точно сформулированнымъ со стороны судей вопросомъ: «могъ-ли захворать параличемъ, положимъ, такой-то кондукторъ послѣ паденія во время хода поѣзда?» Здѣсь я не буду и пытаться рѣшать всѣхъ этихъ вопросовъ: они такъ серьезны и сложны, что могутъ служить предметомъ отдѣльной работы. Мнѣ остается только сказать, что въ этиологін паралича у женщинъ, также какъ и у мужчинъ, большинство авторовъ говоритъ о травмѣ, какъ причинѣ, могущей играть роль въ происхожденіи паралича, при чемъ какъ тутъ, такъ и тамъ на долю ея приходится всегда очень скромная цифра. Если взять статистику нѣмецкихъ авторовъ (Крафтъ-Эбингъ, Юнгъ, Келнеръ, Зимерлингъ, Греппинъ) и цифры Jacobson, то въ общей суммѣ—516 женщинъ-паралитичекъ—мы встрѣчаемъ травму всего въ

14 случаяхъ (2,5%). У мужчинъ этотъ % нѣсколько выше по однимъ наблюденіямъ, а по другимъ тоже не болѣе 2 (напр. Oebeke Peeters).

Разсматривая этиологическіе моменты въ ихъ совокупности, мы видимъ, что такихъ случаевъ, гдѣ бы болѣзнь могла быть объяснена одной какой-нибудь причиной, очень мало. Въ громадномъ же большинствѣ случаевъ у женщинъ, также какъ и у мужчинъ, параличъ развивается при совмѣстномъ участіи не менѣе 2, а чаще 3—этиологическихъ моментовъ. Такой работы, какъ работа Oebeke по отношенію къ мужчинамъ, никто не сдѣлалъ по отношенію женщинъ. Но справедливость сейчасъ сказаннаго положенія вытекаетъ изъ простаго сопоставленія главныхъ этиологическихъ факторовъ. А именно мы видѣли, что на 100 случаевъ паралича у женщинъ по нашимъ наблюденіямъ надо положить 59% на наслѣдственность, на сифилисъ — 74%, какъ видно изъ наблюденій нѣсколькихъ авторовъ,—на долю душевныхъ волненій, тяжелой борьбы за существованіе etc.—56,6,—на долю всякихъ эксцессовъ (половыхъ, алкогольных) приходится у женщинъ 32,5. При всемъ строгомъ отношеніи къ травмѣ мы все таки должны признать ея участіе въ 2,5%. Если сложить все это, то на 100 больныхъ получится почти 225 этиологическихъ единицъ. Другими словами—*на долю каждой больной находимъ болѣе двухъ этиологическихъ моментовъ заразъ*. Но, принимая во вниманіе, что здѣсь мною собраны только главные факторы паралича, при чемъ по всей вѣроятности часть ихъ осталась для насъ все таки неизвѣстной, я полагаю безъ большой натяжки можно сказать, что *на долю каждой больной приходится заразъ не менѣе трехъ этиологическихъ моментовъ*—выводъ, съ наглядностью вытекающій изъ работы Oebeke по отношенію къ мужчинамъ.

Отсюда становится понятнымъ, почему попытки найти прямую связь между частотой какого-нибудь сильнаго этиологическаго момента и частотой паралича даютъ сбивчивые и неопредѣленные результаты. Выше мы видѣли, что хотя сифилисъ безспорно играетъ большую роль въ этиологіи паралича, но еслибы мы обратились къ нему одному, то многіе вопросы по отношенію къ разсматриваемой болѣзни намъ были-бы и не ясны, и не понятны. Также можно сказать и относительно алкоголя. И здѣсь получаютъ подчасъ положительные, а подчасъ прямо отрицательные результаты. Такъ д-ръ Toulouse, въ цитированной выше статьѣ говоритъ, что многіе врачи во

Франціи (Gagnier, Planès и Berbez) наблюдали, что если увеличивается количество алкоголиковъ, то увеличивается и количество паралитиковъ и на основаніи ихъ цифръ можно сказать, что если въ данной мѣстности количество алкоголиковъ утраивается, то количество паралитиковъ всегда удваивается. Рядомъ съ этими положительными указаніями на связь паралича съ алкоголизмомъ, мы встрѣчаемъ въ литературѣ и прямо отрицательные. Стоитъ только указать на Ирландію, гдѣ алкоголизмъ очень силенъ, а общій параличъ — большая рѣдкость. Въ Южной Италіи обратное явленіе: д-ръ Roscioli <sup>1)</sup> въ своемъ отчетѣ замѣчаетъ, что у нихъ алкоголизмъ вообще очень рѣдко наблюдается (по его отчетамъ рѣже травмы) и тѣмъ не менѣе это не помѣшало ему описать 125 случаевъ паралича. Принимая во вниманіе вышеуказанную трехчленную этиологическую формулу паралича, такіе сбивчивые по отношенію къ отдѣльнымъ этиологическимъ единицамъ, результаты не должны никого удивлять, ибо въ громадномъ большинствѣ случаевъ параличъ не есть послѣдствіе одной какой нибудь причины, а результатъ сложнаго дѣйствія чаще всего трехъ какихъ нибудь этиологическихъ агентовъ.

9. Переходъ теперь къ вопросу—имѣетъ-ли прогрессивный параличъ у женщинъ какія нибудь особенности съ клинической точки зрѣнія.

Еще Зандеръ подмѣтилъ слѣдующія особенности въ теченіи паралича у женщинъ: 1) вообще параличъ у женщинъ течетъ спокойнѣе и медленнѣе, чѣмъ у мужчинъ. Медленнѣе совершается продромальное измѣненіе характера и уменьшеніе способности къ умственной дѣятельности; 2) бредъ величія слабѣе выраженъ и преимущественно касается половых отношеній; 3) апоплекти- и эпилептиформные инсульты, также какъ и состоянія страшнаго буйства рѣже осложняютъ собою теченіе болѣзни. Съ этими общими положеніями согласно и большинство послѣдующихъ авторовъ: Крафтъ-Эбингъ, Юнгъ, Мендель, Шюле. Ниже приложена составленная мною таблица (F), дающая возможность судить о клиническихъ разновидностяхъ паралича у женщинъ, по различнымъ авторамъ. Если сравнить ее съ такою-же, составленною для мужчинъ д-ра Oebeke (табл. A.), то невольно приходишь къ заключенію, что собственно въ отношеніи клиническихъ разновидностей

<sup>1)</sup> La paralisi progressiva nell'Italia meridionale. Il manicomio Moderno 1891 г. № 1, 2 и 3.

нѣтъ рѣзкаго отличія между полами, кромѣ того, что табетическая форма паралича у женщинъ встрѣчается гораздо рѣже, чѣмъ у мужчинъ. Такъ, какъ видно изъ сказанныхъ таблицъ, табетическая форма у женщинъ даетъ 1<sup>0</sup>%, а у мужчинъ она отмѣчена въ 4<sup>0</sup>%. Конечно, причины этого явленія понятны сами собой. Что касается маниакальной формы паралича, то какъ видно изъ табл. А. и Б. у мужчинъ она даетъ 59,8, у женщинъ—55<sup>0</sup>%. Конечно, эта разница такъ ничтожна, что нельзя строить на основаніи ея какого-нибудь рѣзкаго отличія. Указываемое нѣкоторыми (напр. Kornfeld) якобы отсутствіе бреда величія у женщинъ совершенно не подтверждается какъ наблюденіями различныхъ авторовъ, такъ равно и нашими. Изъ 225 больныхъ различныхъ авторовъ (таб. Б.) бредъ величія наблюдался 119 разъ, т. е. болѣе, чѣмъ въ половинѣ случаевъ (53<sup>0</sup>%). Что касается тихо протекающихъ, чисто дементныхъ формъ, то, какъ видно изъ тѣхъ-же таблицъ, здѣсь уже рѣшительно не замѣтно никакой разницы между обоими полами, ибо у мужчинъ дементная форма даетъ 22,8<sup>0</sup>%, а у женщинъ—23,1<sup>0</sup>%.

Но если нѣтъ рѣзкаго отличія со стороны клиническихъ разновидностей паралича у обоихъ половъ, то, по мнѣнію большинства авторовъ, эти клиническія разновидности отличаются у мужчинъ и женщинъ по окраскѣ тоновъ. Выше уже было указано въ чемъ состоитъ главнымъ образомъ это отличіе. Зимерлингъ, анализируя 151 случай общаго паралича у женщинъ, говоритъ, что основнымъ фономъ всей картины болѣзни служитъ апатическая деменція, которая наступаетъ прежде всего и господствуетъ въ теченіи всей болѣзни. На этомъ основномъ фонѣ наступаютъ въ дальнѣйшемъ теченія состоянія возбужденія, которыя въ большинствѣ случаевъ тянутся не долго. Очень часто они сопровождаются идеями бреда величія, или ипохондрическими идеями съ приступами страха... Долго продолжающіяся, доходящія нерѣдко до буйства, состоянія возбужденія, наблюдаемыя часто у мужчинъ въ началѣ болѣзни, равно и состоянія тяжелаго, продолжительнаго ипохондрическаго настроенія—у женщинъ встрѣчаются только какъ явленія разрозненныя, скоропреходящія. Такъ что, по мнѣнію Зимерлинга, спокойная форма деменціи съ легкимъ измѣненіемъ настроенія въ ту или другую сторону—вотъ характерная форма большинства случаевъ паралича у женщинъ. Что касается бреда величія, то онъ согласенъ съ другими авторами, что болѣею частью бредъ этотъ вер-

тятся около сексуальной сферы (безчисленные любовники, беременность отъ принцевъ), или нарядовъ. Рѣдко онъ тянется многие дни и недѣли, но чаще всего пропадаетъ или уменьшается уже по прошествіи нѣсколькихъ часовъ.

Анализируя нашихъ больныхъ (34) съ клинической точки зрѣнія, я долженъ сказать слѣдующее: 1) у нашихъ больныхъ (табл. G.) *болѣзнь чаще всего протекала тихо, спокойно* при явленіяхъ прогрессирующаго упадка умственной дѣятельности и постепенно развивающихся паралитическихъ симптомовъ. Такихъ случаевъ (которымъ по истинѣ принадлежитъ названіе *dementia paralytica*) намъ пришлось видѣть 15 изъ 34 (44%). 2) Нѣсколько *рѣже*, а именно 13 разъ (38%) болѣзнь носила характеръ маниакальной формы паралича (*paralysis prog. alien.*), при чемъ наблюдался всегда и бредъ величія. Болѣе, чѣмъ въ половинѣ случаевъ, бредъ этотъ былъ и очень продолжителенъ, и очень «пышенъ».

Напримѣръ одна невзрачная крестьянка (№ 29 таб. G) во все время пребыванія въ больницѣ (4 мѣсяца) постоянно говорила о томъ, что *„Государь пишетъ ей письма и зоветъ къ себѣ.... Наслѣдникъ—ея сынъ. Царь дастъ ей миллионъ денегъ“*... Другая тоже крестьянка (№ 19), въ теченіи 2-хъ лѣтняго пребыванія въ больницѣ высказывала бредъ и величія, и могущества: *„у нея 3.000.000 дѣтей.... пять любовниковъ“*. Себя называла *„то Царицей, то Св. Екатериной“*.... Крестьянка (№ 31) до поступленія въ больницу называла себя *свѣтой, богатой*.... Собралась *выйти за-мужъ за графа*.... А во все время пребыванія въ больницѣ (5½ мѣсяцевъ) высказывала бредъ, гдѣ величіе и глубокое слабоуміе составляли выдающіяся черты. А именно: *„отъ роду ей всего одинъ мѣсяць.... Она родилась вторично при помощи Духа Святого отъ какой-то королевы“*. Все время была весела, счастлива, постоянно порывалась плясать.... Въ такомъ состояніи оставила больницу. Четвертая больная (№ 24) въ теченіи 2-хъ мѣсячнаго пребыванія въ больницѣ все время проявляла грандіозный бредъ величія: *„она Святая.... она сама Богородица.... Перевернула все небо.... Всѣхъ осмотрѣла“*.... Вышла изъ больницы съ отмѣткой *„безъ перемѣнъ“*.

*Пятая больная* (крестьянка № 13) въ теченіи 9-ти мѣсячнаго пребыванія въ больницѣ выдавала себя *„за очень богатую.... У нея парчевыя платья и миллионы денегъ.... Дѣтей—500 человекъ“*. Съ этимъ бредомъ переведена въ другую больницу. *Шестая больная* (№ 20) до самого выхода изъ нашей больницы (въ теченіи 2½ мѣсяцевъ) все время высказывала тоже весьма грандіозный бредъ богатства: *„у нея миллионы денегъ“*.... По тысячамъ раздавала деньги всѣмъ окружающимъ.... *„Здорова, какъ корова“*.... Несмотря на свой преклонный возрастъ (50 лѣтъ) собралась за-мужъ, при чемъ всѣхъ звала на свадьбу. *Седьмая больная* (№ 11) въ теченіи 4-хъ мѣсяцевъ высказывала бредъ богатства: *„у нея много денегъ, шелковыхъ и золотыхъ платьевъ, брилліантовъ“*. Ей всего тринадцать лѣтъ. Черезъ четыре мѣсяца наступила ремиссія въ ходѣ болѣзни и она была выписана изъ Больницы.

\*

Что касается остальных шести больныхъ, то у двухъ изъ нихъ бредъ былъ хотя и грандіозенъ, но не продолжителенъ, а у четырехъ—очень скромнъ и по своимъ размѣрамъ, и по своей интензивности. Къ первой категоріи я отношу двухъ больныхъ, изъ коихъ одна (крестьянка № 2) называла себя Святой. „Объ этомъ говорятъ ей сама Богородица.... Самъ Богъ спускается къ ней“.... Черезъ мѣсяцъ бредъ стихъ. Другая (портниха № 22) называла себя „царицей Надеждой“, но тоже въ теченіи 4—5 недѣль, а потомъ перестала высказывать свой бредъ, хотя повидимому онъ и не исчезъ совсѣмъ. Ко второй категоріи я отношу 4 больныхъ, изъ коихъ одна (мѣщанка № 27) говорила, что у нея „есть все.... Она была красавица.... За ней всѣ ухаживали“. Этотъ бредъ такъ скромнъ по своимъ размѣрамъ, что только видя бѣдность больной и отсутствіе признаковъ бывшей красоты, мы его отмѣчаемъ, какъ бредъ величія. Другая больная (чиновница № 12) хвасталась своей житейской ловкостью.... Умѣніемъ работать.... „Она примѣрная мать.... Мужъ ея пьяница, она имѣла 13 человѣкъ дѣтей.... Сама ихъ всѣхъ вывела въ люди и всѣ они — красавцы и умницы“. Для старшаго сына хочетъ просить невѣсту у Государя. Третья больная изъ этой категоріи (№ 34) о себѣ ничего не говорила, а свою родную сестру считала за такую богатую особу, которая можетъ „сдѣлать въ больницѣ золотые столы и кровати“. Наконецъ, послѣдняя больная (мѣщанка № 8) въ теченіи мѣсяца называла себя „барыней генеральшей“.

Такимъ образомъ, на основаніи моихъ личныхъ наблюденій, я долженъ сказать, что изъ всѣхъ разновидностей паралича у женщинъ чаще всего встрѣчается чисто дементная форма (44<sup>0</sup>/о). Нѣсколько рѣже (38<sup>0</sup>/о) наблюдается маниакальная форма (классическій параличъ), при чемъ всегда есть и бредъ величія. Болѣе, чѣмъ въ половинѣ случаевъ (20<sup>0</sup>/о паралича) этотъ бредъ бываетъ и очень продолжителенъ и очень грандіозенъ. Въ 18<sup>0</sup>/о паралича бредъ величія бываетъ или менѣе продолжителенъ, хотя въ то же время и довольно грандіозенъ, или очень скромнъ по своимъ размѣрамъ и интензивности. Другія разновидности паралича (ипохондрическая, меланхолическая формы) наблюдаются всего въ 18<sup>0</sup>/о.

Хотя цифра моихъ наблюденій (34) и довольно скромна, тѣмъ не менѣе онъ все-таки даетъ мнѣ право не вполне согласиться съ точностью картины болѣзни, нарисованной Зиммерлингомъ. По крайней мѣрѣ съ тою частью ея, которая касается бреда величія, ибо среди своихъ больныхъ женщинъ мнѣ приходилось видѣть довольно часто (20<sup>0</sup>/о) и очень продолжительный, и очень грандіозный бредъ величія. Такъ-же для окончательнаго рѣшенія этого вопроса нужны дальнѣйшія наблюденія. А пока я не могу не обратить вниманія на то, что одна и та же болѣзнь, при одинаково пышномъ бредѣ

величія и одинаково сильномъ упадкѣ умственной дѣятельности, будетъ проявляться различно, смотря по тому, кто сдѣлался „царемъ больницы для душевно-больныхъ“—мужчина или женщина. Въ той же Александровской больницѣ (откуда взяты и мои больные) я помню 2 мужчинъ-паралитиковъ, изъ коихъ одинъ (бывшій военный) громилъ первое время всю мужскую прислугу и въ тоже время былъ очень добродушенъ и съ врачами, и съ смотрителемъ больницы. На мое замѣчаніе: „зачѣмъ вы такъ бьете прислугу?“—заявилъ, что онъ „привыкъ всегда такъ съ ними расправляться“... Другой велъ не меньшую войну съ окружающими препятствіями... Да и не мудрено: еще во времена студенчества объ немъ составлено было чуть-ли не 20 актовъ у мировыхъ судей гор. Москвы, при чемъ чаще всего акты составлялись по поводу попытокъ уничтожить то или другое препятствіе въ лицѣ городского. Такихъ типовъ среди женщинъ, конечно, не увидишь, а потому и не удивительно, что „царицы паралитички“ ведутъ себя гораздо скромнѣе больныхъ „царей“.

Что касается *продолжительности* болѣзни, то большинство авторовъ согласно, что у женщинъ она меньше, чѣмъ у мужчинъ. Такъ, Крафтъ-Эбингъ, сравнивая продолжительность болѣзни у обоихъ половъ, нашелъ слѣдующее:

Продолжительность болѣзни отиѣчена:		м.	ж.
Отъ 3—4 лѣтъ у	. . .	1	9
» 4—5 » »	. . .	2	2
» 5—6 » »	. . .	»	2
» 6—7 » »	. . .	»	2
» 7—8 » »	. . .	»	3
		3	18

Такимъ образомъ можно сказать, что у женщинъ въ шесть разъ чаще наблюдаются случаи болѣе продолжительнаго теченія болѣзни и кромѣ того почти въ 90% наблюдается *такая продолжительность* (отъ 5 до 8 лѣтъ) *теченія* болѣзни, которую Крафтъ-Эбингу не удалось видѣть у своихъ больныхъ мужчинъ. Въ общемъ, по мнѣнію Régis, можно сказать, что средняя продолжительность болѣзни у женщинъ вдвое больше, чѣмъ у мужчинъ. Если для послѣднихъ среднюю продолжительность принять въ 2 года, то для женщинъ она будетъ равняться 4 годамъ <sup>1)</sup>.)

Что касается *зрачковыхъ симптомовъ*, то, повидимому, и они наблюдаются довольно часто у женщинъ. Такъ, Siemer-

<sup>1)</sup> Colovitch, стр. 82.

ling въ 64° о видѣлъ или полное отсутствіе, или значительное уменьшеніе реакціи на свѣтъ; а въ 26° о—ассиметрію зрачковъ. Colovitch въ своей книгѣ приходитъ къ выводу, что у мужчинъ бываетъ, повидимому, чаще расширенъ правый, а у женщинъ—лѣвый зрачекъ. И далѣе: правый зрачекъ, повидимому, чаще расширяется при маниакальных, а лѣвый—депрессивныхъ формахъ. Но эти выводы основаны на такомъ маломъ числѣ наблюденій (21 случай паралича у мужчинъ и столько же у женщинъ), что могутъ быть объяснены простою случайностью. И дѣйствительно изслѣдованія другихъ авторовъ не подтверждаютъ ихъ. Такъ, Greppin у 26 больныхъ женщинъ 12 разъ видѣлъ расширеніе правато и 9—лѣваго зрачка. Что касается *моихъ больныхъ*, то прежде всего я тоже не могу согласиться съ наблюденіемъ Коловича, ибо, какъ отмѣчено въ исторіяхъ болѣзни, у моихъ больныхъ наблюдалось 7 разъ расширеніе праваго зрачка и 2 раза—лѣваго. Два раза упомянуто объ ассиметріи зрачковъ. Одинъ разъ отмѣчено расширеніе и 3 раза—суженіе обоихъ зрачковъ. Ослабленіе реакціи на свѣтъ наблюдалось два раза. Такимъ образомъ ровно въ половинѣ случаевъ (50° о) намъ пришлось наблюдать тѣ или другіе симптомы со стороны зрачковъ.

Относительно *Книрphenomen* есть обстоятельныя изслѣдованія Зимерлинга, изъ которыхъ видно, что въ 32° о паралича *нѣтъ уклоненій отъ нормы*, въ 28° о—*Книрphenomen отсутствуетъ* (чаще съ обѣихъ, изрѣдка съ одной стороны), въ 4° о—онъ *пониженъ* и наконецъ въ 36° о—*повышенъ*, а чаще *прямо усиленъ*.

Изъ параличей глазодвигательныхъ нервовъ—*ptosis* и *strabismus* описаны также и при параличѣ у женщинъ. Напр., Греппинъ наблюдалъ эти явленія у женщинъ въ 11.5° о (Oebeke у мужчинъ въ 16° о). Если на основаніи этихъ наблюденій нельзя еще дѣлать никакого строго-опредѣленнаго вывода, то съ другой стороны нельзя не замѣтить, что, повидимому, у женщинъ параличи глазодвигательныхъ нервовъ наблюдаются рѣже, чѣмъ у мужчинъ.

Относительно *апоплекти*—и *эпилептиформныхъ* инсультовъ еще Sander указывалъ, что они встрѣчаются рѣже у женщинъ сравнительно съ мужчинами. Тоже подтверждаетъ и Krafft-Ebing, хотя эта разница по его вычисленіямъ такъ мала, что правильнѣе было-бы пока удержаться отъ всякихъ выводовъ. А именно: у 36 мужчинъ онъ наблюдалъ инсульты 15 разъ, а у 36 женщинъ—13 разъ (36° о). Greppin у своихъ



больныхъ эти инсульты наблюдалъ въ 42<sup>0</sup>/. А Siemerling, не смотря на большое число наблюдаемыхъ имъ случаевъ паралича у женщинъ, говоритъ, что по этому поводу онъ не пришелъ ни къ какимъ новымъ выводамъ.

Что касается *ремиссий*, наблюдаемыхъ въ теченіи паралича у мужчинъ, то они бываютъ и у женщинъ. Такъ, судя по изслѣденіямъ Греппина и нашимъ больнымъ, мы должны отмѣтить ихъ въ 8<sup>0</sup>/% паралича <sup>1)</sup>).

Наконецъ, что касается послѣдняго вопроса—*черезъ сколько времени послѣ зараженія сифилисомъ чаще всего развивается параличъ?* то я долженъ сказать прежде всего, что вопросъ этотъ у мужчинъ изслѣдованъ довольно обстоятельно. Очень интересныя указанія по поводу этого мы находимъ у Oebeke. Изъ 53 больныхъ, имѣвшихъ несомнѣнный сифилисъ

на первое пятилѣтіе приходится 3 случая

„ второе	„	„	14	„
„ третье	„	„	17	„
„ четвертое	„	„	8	„
„ пятое (отъ 20 до 25 л.)	„	„	1	„

Такимъ образомъ можно сказать, что самое большое число приходится на промежутокъ отъ 10 до 15 лѣтъ спустя отъ начала инфекціи. Нѣсколько меньше—на промежутокъ отъ 5 до 10 лѣтъ. Слѣдовательно *промежутокъ отъ 5 до 15 лѣтъ отъ начала инфекціи* мы должны считать наиболѣе располагающимъ къ заболѣванію прогрессивнымъ параличемъ. На это десятилѣтіе приходится 58<sup>0</sup>/% паралича или на каждое изъ этихъ пятилѣтій по 29<sup>0</sup>/% паралича. На слѣдующее же пятилѣтіе (отъ 15 до 20 лѣтъ отъ начала инфекціи) приходится почти вдвое меньшая цифра, а именно 15<sup>0</sup>/. Тѣмъ не менѣе и Oebeke видѣлъ одного больного, у котораго параличъ развился 23 года спустя послѣ начала инфекціи. Томсенъ <sup>2)</sup> промежутокъ *отъ 7 до 14 лѣтъ отъ начала инфекціи*. на основаніи анализа 416 случаевъ, считаетъ *любимымъ срокомъ для развитія паралича*. Въ этомъ отношеніи слѣдовательно, нѣтъ разногласія, съ изслѣдованіями д-ра Oebeke. Несомнѣнно все-таки, что попадаются единичные случаи, гдѣ болѣзнь появлялась спустя 23 (Oebeke) и даже 29 лѣтъ послѣ первыхъ симптомовъ сифилитической инфекціи.

<sup>1)</sup> Greppin—у 26 больныхъ наблюдалъ ихъ *три раза*, а изъ 34 *моихъ* больныхъ они наблюдались *два раза*.

<sup>2)</sup> All. Zeitschrift f. Psychiatrie, XZVI, 5.

Такой случай описанъ Ашеромъ <sup>1)</sup>. Правда, что по видимому число такихъ случаевъ очень ограничено, вслѣдствіе чего многими было высказываемо предположеніе о возможности вторичной инфекціи. Что касается женщинъ, то ни у одного изъ авторовъ, писавшихъ о параличѣ, мнѣ не удалось найти точныхъ и солидныхъ указаній на промежутокъ между началомъ инфекціи и развитіемъ паралича. Будущимъ наблюдателямъ необходимо выполнить этотъ пробѣлъ.

Вотъ собственно и все, что касается этиологін и клинической стороны паралича у женщинъ. Но кончая этотъ отдѣлъ, я не могу пройти молчаніемъ слѣдующаго обстоятельства. Французская литература всегда богата и оригинальными, и остроумными замѣчаніями. И хотя нѣкоторыя изъ нихъ такъ и остаются на степени остроумныхъ предположеній (напримѣръ описанное выше наблюденіе относительно праваго зрачка), тѣмъ не менѣе они все-таки не лишены извѣстнаго значенія: они способствуютъ большому освѣщенію вопроса. Вотъ причина, почему я не могу пройти молчаніемъ вопроса о *связи паралича съ истеріей*. Многіе врачи какъ во Франціи, такъ и въ Германіи уже давно указывали на то, что тѣ причины, которыя вызываютъ параличъ у мужчинъ, у женщинъ ведутъ къ истеріи. Отсюда положеніе: «L'homme est un cérébral, la femme est nerveuse». Исходя изъ этого положенія Régis приходитъ къ другому—что между параличемъ и истеріей существуетъ «une certaine incomptabilité, au point que les femmes hystériques ne deviendraient jamais, on à peu près, paralytiques générales» <sup>2)</sup>. Что касается перваго положенія, то конечно оно не вѣрно: для истеріи есть свои причины, для прогрессивнаго паралича—другія. Если-бы положеніе это было справедливо, то параличъ почти совсѣмъ не встрѣчался-бы у женщинъ—чего, какъ мы видѣли, на основаніи цифровыхъ данныхъ сказать нельзя. Что-же касается мнѣнія Régis, что истерія до извѣстной степени застраховываетъ отъ заболѣванія параличемъ, то, на основаніи своего небольшого круга наблюденій, я въ настоящее время не могу сказать ничего опредѣленнаго, но за то считаю долгомъ указать на работу Philippe Rey. На Антверпенскомъ психіатрическомъ съѣздѣ онъ сдѣлалъ сообщеніе по поводу 7-ми случаевъ прогрессивнаго паралича у истеричекъ, при чемъ во 1) онъ констатируетъ

<sup>1)</sup> All. Zeitschrift f. Psychiatrie, XZVI, 1.

<sup>2)</sup> Рефератъ Camuset въ Ann. médico-psych. 1883 г., стр. 170.

тотъ фактъ, что параличъ наблюдается и у истеричекъ и вовсе не особенно рѣдко; 2) параличъ у истеричекъ ничѣмъ не отличается отъ паралича у женщинъ, не страдающихъ истеріей. Только бредъ такихъ больныхъ представляетъ иногда особый отпечатокъ, который можетъ заставить подозрѣвать или бывшую прежде истерію, или существующую и теперь. И наконецъ 3) его послѣдній выводъ тотъ, что въ большинствѣ случаевъ истерія уменьшается или совсѣмъ проходитъ, лишь только истеричка заболѣваетъ прогрессивнымъ параличемъ.

### III.

Въ заключеніе нѣсколько словъ о *роли сифилиса въ этиологій паралича вообще и о псевдопараличѣ*.

Нѣтъ никакого сомнѣнія, что значеніе сифилиса въ этиологій паралича громадное. Мы видѣли, что его можно считать доказаннымъ въ 60—70%, а принимая во вниманіе, что извѣстная часть случаевъ всегда остается не распознанной, мы охотно допускаемъ его въ предѣлахъ, предложенныхъ на Копенгагенскомъ съѣздѣ д-ромъ Ромель т. е. въ 77%. Отсюда уже остается одинъ шагъ до предположенія, высказываемаго нѣкоторыми опытыми русскими психіатрами, что по *всей вѣроятности нѣтъ прогрессивнаго паралича безъ сифилиса*. Въ настоящее время мы все-таки должны сказать, что это есть во всякомъ случаѣ предположеніе, основанное можетъ быть и на очень вѣсныхъ данныхъ. Ибо на основаніи самыхъ тщательныхъ изысканій <sup>1)</sup> мы все-таки должны сказать, что есть случаи паралича, гдѣ сифилисъ не былъ доказанъ. Правда, что такихъ случаевъ немного, но, повидимому, они все-таки есть. Второй выводъ, вытекающій изъ настоящаго труда—это тотъ, что и признавая громадное этиологическое значеніе сифилиса, послѣдній никогда не является единственной причиной паралича, а всегда въ сопровожденіи съ двумя еще какими-нибудь этиологическими моментами, изъ которыхъ наслѣдственность, всякія излишества и обширный классъ „моральныхъ причинъ“ играютъ видную

<sup>1)</sup> Я потому и остановился на изслѣдованіяхъ д-ра Rohmell, ибо, какъ пишетъ онъ въ своей статьѣ, психіатры Копенгагенскіе въ этомъ отношеніи находятся въ счастливыхъ условіяхъ: „Nous nous connaissons mieux qu'on ne le fait dans les grandes nations, nous pouvons mieux rechercher la vie passée d'un homme et connaitre les circostrances importantes de son histoire“ (Compte-Rendu).

роль (трехчленная этиологическая формула паралича). Уже одно это до известной степени указывает на ту роль, которую играет сифилисъ въ этиологии паралича. Нѣтъ сомнѣнія, что приведенное выше мнѣніе прежнихъ авторовъ, что эта роль прямая и очень тѣсная, ибо сифилисъ прямо вызываетъ тотъ менинго-миелитъ, который лежитъ въ основѣ паралича—это мнѣніе, говорю я, едва-ли справедливо. Тогда вѣроятно намъ не пришлось-бы подиѣлать ни трехчленной этиологической формулы, ни такого соотношенія между полыми, которые мы видѣли между полыми. По всей вѣроятности взаимное соотношеніе половъ при параличѣ тогда находилось бы въ болѣе замѣтной зависимости у мужчинъ и женщинъ. Наконецъ, противъ прямой связи говоритъ и характеръ анатомо-патологическихъ измѣненій—прогрессивный параличъ есть циррозъ головного мозга, ничего специфическаго въ себѣ не носящій. На основаніи всего этого можно сказать, что хотя роль сифилиса и очень велика въ этиологии рассматриваемой болѣзни, но по существу она не прямая, а косвенная; сифилисъ только приготовляетъ ту почву, на которой, при участіи другихъ этиологическихъ моментовъ, можетъ развиваться прогрессивный параличъ. При отсутствіи-же послѣднихъ, субъектъ, не смотря на бывшій у него сифилисъ, повидимому, можетъ избѣжать этой страшной болѣзни. Въ чемъ состоитъ эта почва, на которой впоследствии развивается параличъ—въ измѣненіи-ли сосудовъ мозга, въ измѣненіи-ли условій лимфообращенія, въ тонкихъ-ли измѣненіяхъ самихъ клѣтокъ, (Сифилитическая нейрастенія <sup>1)</sup>)—всѣ эти вопросы относятся собственно къ теоріи болѣзни, которой здѣсь касаться я не буду, а скажу только, что для болѣе правильной оцѣнки роли сифилиса въ этиологии паралича и для созданія правильной теоріи его развитія необходимо имѣть въ виду то, что, повидимому, ускользало отъ вниманія многихъ авторовъ, писавшихъ о параличѣ—это состояніе внутреннихъ органовъ. А между тѣмъ, какъ это видно изъ диссертации проф. Чижа, въ громадномъ большинствѣ случаевъ эти внутренніе органы—печень, селезенка и почки—представляютъ рѣзкія измѣненія. А именно: изъ 15 аутопсій, гдѣ были изслѣдованы и внутренніе органы, только разъ печень оказалась нормальной. Въ селезенкѣ на этотъ разъ тоже не найдено ничего патологическаго. Но за то почки малы. Во всѣхъ-же остальныхъ 14

<sup>1)</sup> П. И. Ковалевскій, „Архивъ Психіатріи“.

случаяхъ печень и другіе органы представляли слѣды глубокихъ измѣненій. Тоже видно изъ описанія аутопсій въ недавно вышедшей диссертациі д-ра Любимова. Изъ 9 случаевъ только въ 2 не найдено никакихъ измѣненій со стороны внутреннихъ органовъ; а въ 7—были найдены измѣненія или печени, или селезенки, или почекъ (около 78%). Недавно д-ръ Klirpel <sup>1)</sup> описалъ очень подробно измѣненія печени при параличѣ, при чемъ изъ 14 аутопсій—9 разъ печень представляла патологическія измѣненія. По его мнѣнію измѣненія печени завязятъ отъ паралича вазомоторовъ.

Теперь нѣсколько словъ о псеидопараличѣ... Выше мы сказали, что количество случаевъ, которые можно было бы поистинѣ назвать псеидопараличемъ, значительно преувеличено со стороны французскихъ авторовъ. Нельзя конечно всякій случай душевнаго разстройства у человѣка, имѣвшаго сифилисъ, третировать, какъ псеидопараличъ. Но тѣмъ не менѣе бываютъ однако, хотя и рѣдко, такіе случаи, гдѣ специфически-сифилитическія измѣненія, располагаясь въ извѣстныхъ областяхъ мозга, могутъ вызывать картину болѣзни, похожую на параличъ. Но въ основѣ ихъ должны лежать непремѣнно измѣненія специфическаго характера и тогда эти случаи по праву могутъ быть названы *pseudoparalysie d'origine syphilitique*. По своему дальнѣйшему теченію и исходу они рѣзко отличаются отъ обыкновеннаго паралича, ибо подъ вліяніемъ специфическаго лѣченія во 1-хъ повидимому могутъ проходить безслѣдно, во 2-хъ могутъ излѣчиваться, оставляя нѣкоторую убыль въ жизни больного и наконецъ 3-е не рѣдко такіе больные послѣ нѣсколькихъ лѣтъ видимаго выздоровленія заболѣваютъ настоящимъ прогрессивнымъ параличемъ, который на этотъ разъ не пройдетъ отъ специфическаго леченія. Что касается дифференціальной діагностики такихъ случаевъ, то не подлежитъ сомнѣнію, что у постели больного она всегда очень трудна, а иногда и прямо невозможна, пока *et posent. et juvant.* не выяснится натура страданія. Ибо большинство признаковъ, предложенныхъ авторами для клиническаго распознаванія псеидопаралича, въ настоящее время надо считать не доказательными и не характерными. Такъ, еще Фурнье училъ, что псеидопараличу не свойствененъ бредъ величія. Выше изъ работы Oebeke мы видѣли, что едва-ли этотъ приз-

<sup>1)</sup> Lesions du foie dans la paralysie générale. „Gâsette hebdomadaire“. 1892, 2.

накъ можетъ имѣть также рѣшающее значеніе, ибо есть случаи и обыкновеннаго паралича, гдѣ его не бываетъ. Интересно, что число случаевъ паралича безъ бреда величія почти одинаково какъ у тѣхъ больныхъ, у которыхъ былъ lues въ прошломъ, такъ и у тѣхъ, у которыхъ доказать его было невозможно. Далѣе, изъ той же работы видно, что и чисто дементныя формы наблюдаются довольно часто (21%) при обыкновенномъ параличѣ, при чемъ все равно—былъ прежде сифилисъ, или его не было.

Такимъ образомъ присутствіе или отсутствіе бреда величія, равно и чисто дементная форма болѣзни, не могутъ еще говорить о присутствіи или отсутствіи связи съ бывшимъ прежде сифилисомъ. Описанный недавно д-ромъ Платоновымъ <sup>1)</sup> случай прогрессивнаго паралича, завѣдомо сифилитическаго происхожденія и прошедшій подъ вліяніемъ специфическаго лѣченія, отличался очень бурнымъ теченіемъ и грандіознымъ бредомъ величія.

Тоже слѣдуетъ сказать и по поводу параличей глазодвигательныхъ нервовъ: они наблюдаются и при обыкновенномъ параличѣ и даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ сифилиса, по видимому, не было. Остается одно—искать діагностики въ исходѣ болѣзни подъ вліяніемъ специфическаго леченія. Но нѣтъ сомнѣнія, что въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ дифференціальная діагностика возможна и въ самомъ началѣ болѣзни. Напр., если рядомъ съ симптомами, напоминающими прогрессивный параличъ, мы увидимъ разстройства со стороны спинного мозга, при чемъ анализъ ихъ покажетъ, что ихъ можно признать за тѣ измѣненія, которыя описаны Эрбомъ при сифилисѣ спинного мозга. Далѣе въ литературѣ описаны такіе случаи, гдѣ въ теченіи болѣзни, напоминающей прогрессивный параличъ, показывались періоститы или гумозныя опухоли. Нѣтъ сомнѣнія, что въ такихъ случаяхъ есть полное основаніе подозрѣвать возможность псевдопаралича. Но при этомъ слѣдуетъ имѣть въ виду, что *не всякій паралитикъ, у котораго есть періоститы или гумозныя опухоли, есть псевдопаралитикъ: онъ можетъ имъ быть, но можетъ и не быть.* Такіе случаи мнѣ приходилось видѣть какъ по отношенію къ параличу, такъ и по отношенію къ tabes. Относительно послѣдней я помню одинъ случай

<sup>1)</sup> И. Я. Платоновъ, Къ вопросу о прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ и его леченіи у сифилитиковъ. Архивъ психіатріи, 1892, 1.

изъ клиникъ проф. Кожевникова, который мнѣ пришлось наблюдать, какъ ассистенту нервной клиники. Больной поступилъ по поводу типичной *tabes* и въ тоже время, если не ошибаюсь, на правой бедренной кости у больного мы замѣтили большой періоститъ—очевидно специфическаго происхожденія. Подъ вліяніемъ втираній, послѣдній, такъ сказать растаялъ на нашихъ глазахъ, а *tabes* осталась *in statu quo*. Какъ тогда, такъ и теперь мы не могли смотрѣть на этотъ *tabes*, какъ *pseudo-tabes*, а разсуждали такъ: здѣсь сифилисъ въ періодъ страданія костей несомнѣнно создалъ почву для развитія *tabes*, но послѣдняя не имѣла уже никакой специфической окраски, а была обыкновенной сухоткой спинного мозга, которая нисколько не измѣнилась подъ вліяніемъ специфическаго леченія. Тоже возможно и при прогрессивномъ параличѣ: могутъ быть періоститы, гуммозныя опухоли и рядомъ съ этимъ обыкновенный параличъ. Конечно, такіе случаи не есть еще псевдопараличи. Они ничѣмъ не отличаются отъ типичнаго паралича и специфическое леченіе при нихъ обыкновенно безсильно. Вотъ это-то смѣшеніе двухъ, совершенно различныхъ категорій, явленій (псевдопараличъ и параличъ—тѣ или другія проявленія сифилиса) и было между прочимъ причиной той путаницы, которая проглядываетъ въ исторіи всего ученія о псевдопараличѣ. Такимъ образомъ, не имѣя въ настоящее время точныхъ клиническихъ данныхъ для дифференціальной діагностики паралича, мы можемъ сдѣлать ее вначалѣ болѣзни только въ исключительныхъ случаяхъ, а чаще, заподозривъ псевдопараличъ, будемъ ждать подтвержденія нашей діагностики отъ исхода болѣзни подъ вліяніемъ специфическаго леченія. Но при этомъ надо имѣть въ виду, что и исходъ болѣзни не всегда можетъ открыть истину: измѣненія мозга могутъ носить специфическій характеръ и въ тоже время не пройти подъ вліяніемъ специфическаго леченія... Очень возможно, что случаи, которые мы называемъ псевдопараличемъ, представляютъ нѣкоторыя особенности и съ чисто клинической точки, но говорить объ этихъ особенностяхъ въ настоящее время было-бы преждевременно: необходимо прежде всего хорошо изучить тѣ случаи, которые по истинѣ можно считать за типичные случаи псевдопаралича. А въ настоящее время мы не имѣемъ точной картины псевдопаралича, ибо, какъ я сказалъ выше, очень часто подъ именемъ псевдопаралича описываются въ литературѣ случаи, не имѣющіе ничего общаго съ параличемъ.

## ВЫВОДЫ:

1. Прогрессивный параличъ у женщинъ встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ полагали прежніе авторы: на основаніи анализа почти 104.000 душевно-больныхъ, взятыхъ изъ различныхъ больницъ 8 Европейскихъ государствъ, въ среднемъ на 10 мужчинъ-паралитиковъ приходится 3 женщины (производя вычисления путемъ строго-статистическимъ). Если-же взять просто число мужчинъ-паралитиковъ 8 государствъ и сравнить ихъ съ общимъ числомъ женщинъ-паралитичекъ, то получается отношеніе 1:3,8, т. е. на одну больную женщину приходится *немного меньше 4 мужчинъ, а не 1—8, какъ говорили прежніе авторы.*

2. Въ *шести государствахъ*—Австріи, Германіи, Даніи, Италіи, Англіи и Россіи—*взаимное отношеніе половъ при параличѣ почти одно и то же* (какъ показываетъ анализъ 47.000 больныхъ этихъ странъ), а именно: *во всѣхъ сказанныхъ государствахъ на 10 мужчинъ приходится 3 женщины* (методъ строго-статистическій). *Въ Бельіи и Франціи параличъ у женщинъ встрѣчается нѣсколько чаще:* въ среднемъ здѣсь на 10 мужчинъ приходится 4 женщины-паралитички.

3. Причины такого разногласія съ прежними авторами, по моему, сводятся къ двумъ пунктамъ: съ одной стороны, строя свои выводы на основаніи своихъ личныхъ наблюденій (иногда не многочисленныхъ), прежніе авторы этимъ самымъ впадали въ ошибку; а съ другой стороны есть много доказательствъ, что прогрессивный параличъ вообще, а у женщинъ въ особенности, все чаще и чаще за послѣдніе годы встрѣчается среди больничнаго населенія 8-ми Европейскихъ государствъ (см. текстъ).

4. Этиологія паралича у женщинъ въ существенныхъ чертахъ не представляетъ рѣзкихъ отличій отъ мужчинъ. Разница только въ томъ, что у мужчинъ повидимому чаще наблюдаются различнаго рода излишества (особенно алкогольныя), а у женщинъ—горе, заботы и тяжелая борьба за существованіе. Для обоихъ половъ одинаково характерно то, что для развитія паралича всякій разъ требуется присутствіе *разъ чаще всего трехъ этиологическихъ моментовъ (трехчленная формула паралича)*, изъ коихъ сифилисъ для обоихъ половъ играетъ одинаково главную и выдающуюся роль. На



основаніи вышеприведенной таблицы можно сказать, что у женщинъ сифилисъ имѣетъ мѣсто въ 74<sup>0</sup>/о паралича.

5. Возрастъ больныхъ мужчинъ и женщинъ не представляетъ никакой замѣтной разницы. Какъ у тѣхъ, такъ и у другихъ наиболѣе располагающимъ возрастомъ является четвертое десятилѣтіе. Такимъ образомъ указываемое многими громадное значеніе климактерическаго періода въ этиологіи паралича падаетъ само собой, какъ недостаточно обоснованное.

6. Что касается клинической стороны, то въ этомъ отношеніи тоже не наблюдается такихъ существенныхъ отличій, чтобы стоило, какъ это предлагалъ Régis, устанавливать особую форму паралича—*forme féminine*. Но есть особенности въ теченіи паралича у женщинъ, подробно изложенныя въ текстѣ.

7. Роль сифилиса по отношенію къ параличу двоякая. Иногда эта роль дѣйствительно прямая, непосредственная, ибо сифилисъ, производя специфическія измѣненія въ извѣстныхъ отделахъ мозга, можетъ вызывать картину болѣзни, похожую на общій параличъ. Такіе случаи по истинѣ должны быть названы *pseudo paralysie d'origine syphilitique*. Но такихъ случаевъ повидимому не много и въ этомъ смыслѣ можно сказать, что ученіе о псевдопараличѣ преувеличено со стороны французскихъ авторовъ, ибо въ число характерныхъ по ихъ мнѣнію случаевъ псевдопаралича внесено многое, не имѣющее никакого отношенія къ общему параличу (напр. *amentia Meunerti, delirium acutum, lues cerebri*). Нѣкоторые французскіе авторы очевидно упускаютъ изъ виду, что не всякій паралитикъ, у котораго мы видимъ періоститы, гуммозные опухоли, есть псевдопаралитикъ: какъ мною указано выше, онъ можетъ имъ быть, но можетъ и не быть.

Что касается роли сифилиса въ этиологіи настоящаго паралича, то повидимому она не прямая, а косвенная. Сифилисъ только приготовляетъ ту почву, на которой при совмѣстномъ участіи другихъ этиологическихъ моментовъ развивается классическій параличъ. Въ чемъ состоитъ эта предрасполагающая роль сифилиса—мы въ настоящее время сказать съ увѣренностью не можемъ.

8. При изученіи паралича какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ слѣдуетъ обращать вниманіе на состояніе внутреннихъ органовъ—печени, селезенки и почекъ, ибо въ 87<sup>0</sup>/о паралича печень всегда представляетъ рѣзкія измѣненія (Чижъ, Лю-

бимовъ, Klirpel). Въ настоящее время мы не можемъ сказать съ увѣренностью, когда начинаются измѣненія со стороны внутреннихъ органовъ—ранѣе, или въ теченіи душевнаго расстройства? А между тѣмъ знаніе этого вопроса можетъ имѣть большое значеніе въ механизмѣ развитія болѣзни.

9. Дифференціальная діагностика псевдопаралича и настоящаго—въ большинствѣ случаевъ чрезвычайно трудна. Признаки, предложенные французской школой, не вѣрны. Въ текстѣ изложены нѣкоторые изъ признаковъ, могущіе служить основой для дифференціальной діагностики. Изъ нихъ въ настоящее время самымъ вѣрнымъ признакомъ надо считать исходъ болѣзни подъ вліяніемъ специфическаго лѣченія.

10. Отсюда само собой вытекаетъ послѣднее положеніе: умѣренное, противусифилитическое лѣченіе имѣетъ смыслъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ паралича, гдѣ сифилисъ былъ въ прошломъ больного. Особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ лѣченіе прежнихъ припадковъ велось неаккуратно. Правда, что хотя ежедневный опытъ показываетъ, что положительные результаты будутъ получаться только въ очень рѣдкихъ случаяхъ, тѣмъ не менѣе въ виду того, что діагностика псевдопаралича частью можетъ-быть поставлена *ex poscentibus ent juvantibus*, нѣтъ основаній избѣгать пробнаго, умѣреннаго антисифилитическаго лѣченія. Въ случаяхъ, гдѣ не замѣтно никакого улучшенія, оно должно быть прекращено. Въ случаяхъ-же, гдѣ эффектъ очевиденъ, оно должно быть замѣнено энергичнымъ противусифилитическимъ лѣченіемъ. Конечно, если со временемъ діагностика псевдопаралича будетъ болѣе твердо установлена, то и положеніе это можетъ быть видоизмѣнено.

### Таблица А.

#### Прогрессивный параличъ у мужчинъ (по Oebeke).

	I. Несифилитич.	II. Сифилитич.	Итого.
<b>а) Клиническая картина.</b>			
Маниакальная форма (классическій параличъ).	31	24	55(59,8%)
Меланхолическая, гипохондрическая и др. формы паралича . . . . .	3	9	12 (13%)
Дементная форма . . . . .	11	10	21(22,8%)
Табетическая форма . . . . .	1	3	4
Форма болѣзни, повидимому обознач. не вѣрно <sup>1)</sup>	—	2	2
Форма болѣзни не обозначена . . . . .	1	5	6
Параличи глазодвигательныхъ нервовъ . . . . .	2	14	16

	I. Несифилитич.	II. Сифилитич.	Итого.
<b>в) Наслѣдственность.</b>			
Есть. . . . .	24	29	53
Наслѣдственности нѣтъ. . . . .	14	20	34
Личная, приобретенная нервность (neurasthenia) . . . . .	8	4	12
Осталось неизвѣстнымъ. . . . .	1	—	1

	I.	II.	Итого.
<b>с) Вѣзр а с т ѣ.</b>			
Меньше 30 лѣтъ. . . . .	2	1	3
Отъ 30 до 40 " . . . . .	24	31	55
" 40 до 50 " . . . . .	14	19	33
Послѣ 50 лѣтъ . . . . .	7	2	9

	I.	II.	Итого.
<b>д) Профессіи.</b>			
Купцы, фабриканты, банкиры, etc. . . . .	28	30	58
Юристы . . . . .	6	4	10
Инженеры, техники, архитектора, землемѣры. . . . .	1	0	7

Р. 8. Остальные 25 паралитиковъ служатъ представителями самыхъ разнообразныхъ профессій, но все въ такихъ малыхъ цифрахъ, что очевидно не могутъ представлять никакого интереса съ разбираемой точки зрѣнія.

### Таблица В.

Прогрессивный параличъ различныхъ русскихъ больныхъ, при чемъ мною взяты только вновь поступившіе больные.

	Мужчин.		Женщин.	
	Общее число.	Р. Р.	Общее число.	Р. Р.
Бурашево за 3 года 1890, 1891 и 1892 . . . . .	562	142	278	27
Смолевскъ 1887, 1891 и 1892. . . . .	573	59	354	7
Симферополь 1885, 1890 и 1891 г.г. . . . .	522	67	298	8

	Мужчин.		Женщин.	
	Общее число.	р.	Общее число.	р.
Колмово 1891—1892 г. . . . .	99	29	42	4
Тамбовъ 1888, 1889, 1890 и 1891 г.г. . . . .	971	118	474	30
Пенза 1888, 1889, 1890 и 1891 г.г. . . . .	991	51	401	19
Владимиръ . . . . .	94	10	46	5
Ярославль 1888 г. . . . .	139	26	79	7
Херсонъ 1890 и 1891 г.г. . . . .	356	70	204	4
Рязань 1886—1887, 1889—1890 г.г. . . . .	319	44	178	6
Саратовъ 1884, 1886 и 1891 г.г. . . . .	481	44	209	5
Петербургскія город. больницы 1889 и 1890 г.г. . . . .	1089	182	841	20
Больница Александра III (Москва) . . . . .	—	—	688	34
Всего . . . . .	10,224	6213	858	4011
	0/0 . . .	13.8	4.38	

Р. S. Взаимное отношеніе половъ (13.8<sup>0</sup>/о и 4.38<sup>0</sup>/о) равно 1:3.15 на основаніи анализа 10,224 больныхъ.

### Таблица С.

Возрастъ больныхъ мужчинъ и женщинъ по различнымъ авторамъ:

а) Мужчины.	Oebe- ke.	Colo- witch.	Общее число.	%	Всего 498 мужч.
Отъ 20—30 . . . . .	3	17	20	4.3	
„ 30—40 . . . . .	55	137	192	41	
„ 40—50 . . . . .	33	154	187	39.9	
„ 50—60 . . . . .	9	51	60	12.8	
Позднѣе . . . . .	—	9	9	1.9	

б) Женщины (по пятилѣтіямъ).	ИМЕНА АВТОРОВЪ.					Итого.
	Krafft- Ebing.	Grep- pin.	Jung.	Sie- mer- ling.	Наши боль- ные.	
Отъ 20—30 . . . . .	10	1	2	34	6	53
„ 30—40 . . . . .	23	3	19	176	13	234
„ 40—45 . . . . .	26	8	12	63	10	119
„ 46—50 . . . . .	9	9	8	41	5	72
„ 51—55 . . . . .	12	3	2	23	—	40
„ 56—60 . . . . .	—	—	1	10	—	11
Позднѣе . . . . .	—	2	1	6	—	9
	80	26	45	353	34	538

с) Женщины (по десятилѣт.).	ИМЕНА АВТОРОВЪ.									%
	Kraft-Ebing.	Greppin.	Jung.	Kellner.	Siemerling.	Peeters.	Alexandre III.	Asiles Français.	Summa.	
Отъ 20—30 л. . .	10	1	12	1	34	12	6	9	85	9.9
„ 30—40 . . .	23	3	57	10	176	31	13	32	343	40
„ 40—50 . . .	35	17	55	8	104	60	15	20	314	36.6
„ 50—60 . . .	12	3	15	5	33	20	—	9	97	11.3
Позднѣе. . . .	—	2	1	2	6	5	—	—	16	1.8
	80	26	140	26	353	128	34	70	857	

Таблица D.

Распределение больныхъ по семейному положенію.

	Siemerling.	Colovitch.		Наши боль- ные.	Итого.	%
		Asiles and.	Asilas fran.			
Замужнія . . . . .	201	890	23	19	1133	70.9%
Дѣвцы . . . . .	93	213	10	9	325	22.9
Вдовы . . . . .	43	103	3	6	155	7.1
	337	1206	36	34	1613	

Таблица E.

Наслѣдственность по нѣмецкимъ авторамъ.

Kraft-Ebing	изъ 80 случаевъ	17 разъ	отмѣчаетъ	наслѣдственность
Greppin	„ 26	„ 16	„	„
Jung	„ 45	„ 20	„	„
Kellner	„ 28	„ 5	„	„
Siemerling	„ 237	„ 30	„	„
	415	„ 88		

P. S. Наслѣдственность по нѣмецкимъ авторамъ наблюдается въ 21.2% паралича у женщинъ.

\*

**Таблица F.****Картина болѣзни по нѣмецкимъ авторамъ.**

	Kraft- Ebing.	lung.	Kellner.	Greppin.	Summa.	%
Маниакальная форма . . . . .	17	87	9	11	124	55.1
Меланхолическая, шизоидриче- ская и другія формы паралича .	9	29	1	8	47	20.9
Дементная форма . . . . .	10	19	16	7	52	23.1
Табетическая . . . . .	0	0	2	0	2	0.9 <sup>1)</sup>
Параличи глазодвигат. нервовъ .	0	0	0	3	3	
	36	135	28	26	225	

**Таблица G.****Больница Александра III, въ Москвѣ.**

№	Имена и званіе.	Лѣта.	Наслѣ- ствен- ность.	С и ф и л и с ь .	Другія причины паралича.
1	Кузнецка А. С. Ч. .	45	Нѣтъ.	Былъ.	Abusus spirituos.
2	Крестьянка И. Ф. .	24	Есть.	Былъ.	
3	Крестьянка А. И. К.	37	Есть.	Былъ.	
4	Жена фотографа А. П. Б. . . . .	39	Нѣтъ.	Былъ.	
5	Бѣлошвейка П. А. С.	29	Не из- вѣстно.	Былъ.	Не извѣстно.
6	Крестьянка У. И. .	41	Есть.	Былъ.	
7	Крестьянка А. А. А.	32	Нѣтъ.	Былъ.	
8	Мѣщанка М. Ф. К. .	33	Есть.	Былъ.	
9	Крестьянка К. Н. К.	38	Нѣтъ.	Повидимому былъ (родила одинъ разъ мертваго ребенка).	

<sup>1)</sup> Siemerling у своихъ 239 больныхъ наблюдалъ предшество-  
ую tabes—три раза. Такимъ образомъ табетическая форма у  
женщинъ (на основаніи анализа всего 464 больныхъ) даетъ 1%.

№	Имена и званіе.	Лѣта.	Наслѣд- ствен- ность.	С и ф и л и с ъ.	Другія причины паралича.
10	Акушерка Л. Г. . .	49	Нѣтъ.	Повидимому былъ.	Тяжелая борьба за существованіе. Мно- го огорченій.
11	Мастерица В. П. М.	25	Есть.	Имѣла незаконную связь. Ни дѣтей, ни выкидышей, но какая то сыпь была. Горло часто болѣло.	<i>Abusus Spiritous.</i> Много непріятностей (измѣна человека, съ которымъ жила).
12	Чиновница А. И. Щ.	41	Есть.	Не было.	Масса заботъ и не- пріятностей (13 че- ловѣкъ дѣтей, мужъ пилъ запоемъ; сред- ства ничтожныя). <i>Abusus Spirit.</i>
13	Крестьянка А. Б. Л.	42	Нѣтъ.	Не было.	Другихъ причинъ то- же указать нельзя.
14	Мѣщанка Е. Д. Ф. . .	42	Не из- вѣстно.	Сифилиса, говорятъ, не было. До замуже- ства имѣла незакон- ную связь. Беремен- на не была.	<i>Abusus Spirit.</i> не было.
15	Куличиха Е. Г. . .	30	Есть.	По словамъ мужа, не было, хотя до за- мужества имѣла по- ловныя сношенія.	Ревность.
16	Крестьянка А. П. С.	45	Нѣтъ.	Не было.	Имѣла всего 14 че- ловѣкъ дѣтей.
17	Дворянка Е. И. К. . .	33	Есть.	Повидимому не бы- ло. Была беременна пять разъ.	Повидимому не бы- ло и серьезныхъ не- пріятностей, злоупотре- бленій табакомъ или виномъ.
18	Жена мастера Е. В.	47	Нѣтъ.	По словамъ мужа, не было.	
19	Крестьянка М. Б. . .	45	Нѣтъ.	Доставлена изъ полицейскаго пріемнаго покоя безъ всякихъ свѣдѣній о прошломъ.	
20	Фабричная раб. М. Е.	50	Доставлена изъ фабричной больницы безъ вся- кихъ свѣдѣній о прошломъ.		
21	Крестьянка А. П. . .	36	Доставлена изъ санитарнаго бюро безъ всякихъ свѣдѣній о прошломъ.		
22	Портниха Е. С. Б. . .	35	Доставлена изъ Покровской больницы безъ вся- кихъ свѣдѣній (много горя отъ мужа).		

№	Имена и званіе.	Дата.	Наслѣд- ствен- ность.	С и ф и л и с ъ.	Другія причины паралича.
23	Купчиха Е. М. З. .	42	Есть.	Осталось неизвѣст- нымъ.	Abusus Spirit.
24	Мѣщанка М. В. Т. .	44	О наследственности, сифилисѣ мужу больной ни- чего не извѣстно. Ничего нельзя сказать опре- дѣленнаго и по поводу другихъ причинъ.		
25	Крестьянка Е. Н. З.	31	Сожитель больной обѣщался доставить свѣдѣніе прошломъ, но такъ и непоказывался въ больницу.		
26	Почет. гражд. В. В. Л.	29	Есть.	Навѣрное неизвѣст- но. Беременности не было.	
27	Мѣщанка Т. Н. В. .	40	Есть.	Неизвѣстно.	Были огорченія (смерть любимаго че- ловѣка).
28	Крестьянка М. В. .	35	Нянька воспитательнаго дома. Доставлена от- туда безъ всякихъ свѣдѣній о прошломъ.		
29	Крестьянка А. М. .	50	Доставлена изъ полицейскаго приѣмнаго покоя безъ всякихъ свѣдѣній.		
30	Горничная А. С. .	40	Не из- вѣстно.	Навѣрное неизвѣстно	Много горя на поч- вѣ безнадежн. любви.
31	Крестьянка И. И. .	27	Есть.	Не было.	Равно и другихъ причинъ отмѣтить нельзя.
32	Мѣщанка М. Н. А.	35	Есть.	Навѣрное неизвѣст- но. Беременности не было ни разу.	Душевные волненія (Смерть мужа, забо- ты по торговлѣ).
33	Портниха Д. И. Л.	32	Нѣтъ.	Неизвѣстно.	Много горя (мужъ потаторъ; три года тому назадъ пропалъ безъ вѣсти).
34	Солдатка М. К. С. .	47	Нѣтъ.	Не было, по словамъ мужа. Имѣетъ 4-хъ дѣтей.	Алкогольныхъ изли- шествъ не было.

По картинѣ болѣзни означенныя больныя могутъ быть  
распредѣлены такъ:

*Маниакальная* форма паралича 13 разъ . . (38<sup>0</sup>/o)

*Меланхолическая, ипохондрич.*

и другія формы паралича . 6 " . . (17.6<sup>0</sup>/o)

*Дементная* " " . 14 " . . (44<sup>0</sup>/o)

*Табетическая* " " . — " . .

Параличи глазодвигат. нервовъ. — " . .



Такимъ образомъ на основаніи этой таблицы можно сказать, что у 15 больныхъ (изъ 34) вопросъ о сифилисѣ остался невыясненнымъ. Изъ остальныхъ 19 больныхъ онъ былъ навѣрное 7 разъ, у 4—по всей вѣроятности и у 8 отрицался со стороны родственниковъ больной. Слѣдовательно, у больныхъ Александровской больницы *сифилисъ имѣлъ мѣсто почти въ 58°/о*.

Что касается *наслѣдственности*, то послѣдняя отмѣчена 13 разъ; 9 разъ ея, повидимому, не было и 12 разъ она осталась неизвѣстной. Такимъ образомъ у больныхъ Александровской больницы *наслѣдственность наблюдается въ 59°/о паралича*, а въ 41°/о сказанной болѣзни наслѣдственности, повидимому, не было.

Наконецъ, что касается обширнаго класса такъ-называемыхъ *моральныхъ причинъ* (горе, заботы, борьба за существованіе etc.), то онѣ отмѣчены въ 38°/о нашихъ больныхъ. *Alcoholismus* отмѣченъ въ 15°/о.

## ИСТОЧНИКИ:

1. Sander. Berlin. Klin. Wochenschrift, 1870, VII, № 7.
  2. Krafft-Ebing. Archiv. f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Band VII, 1877.
  3. Kornfeld. Ueber Paralyse der Irren beim weiblichen Geschlechts, 1877.
  4. Jung. Ueber Paralyse der Frauen. Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie 35. Band, стр. 235 и 625.
  5. Kellner. Beobachtungen über Dementia paralytica bei Frauen. 1887.
  6. Siemerling. Statistisches und klinisches zur Lehre von der Progressiven Paralyse der Frauen. Charité-Annalen. XIII Jahrgang.
  7. Greppin. Ueber 26 Fälle von prog. Paralyse bei Frauen. Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie, 1890.
  8. Adam. Considerations sur quelques cas de paralysie générale chez la femme. These. 1879.
  9. Régis. La P. G. chez la femme. France méd., 1882.
  10. Colowitch. Etude clinique sur la paralysie générale chez la femme. Thèse. 1882.
  11. Philippe Rey, Note sur la paralysie générale chez la femme, Annals medico-psycholog., 1885, 2, p. 421.
  11. Nicolau. Annal. médico-psycholog. 1893. № 1.
  12. Jacobson. The Relationship. between Général Paralysis of the Insane and syphilis. The journal of mental science, 1892.
  13. Jacobson. Dementia Paretica hos Kirnden en Klinisk-Aetiologisk Studie. Copanhangen. 1891.
-

## Матеріалы къ вопросу объ ушибахъ головы и сотрясеніи мозга по отношенію къ умственному развитію.

Илія Лебедевъ,

ординаторъ С.-Петербургскаго Николаевскаго военнаго госпиталя.

При изслѣдованіи душевно-больныхъ часто приходится спрашивать: не было-ли поврежденія головы?—Вопросъ этотъ въ особенности важенъ для г.г. военныхъ, у которыхъ такого рода поврежденія занимаютъ видное мѣсто среди причинъ, вызывающихъ умственное разстройство. Дѣйствительно, просматривая исторіи болѣзней г.г. офицеровъ душевнаго отдѣленія, мы видимъ, что поврежденіе головы, какъ причину умственнаго разстройства, можно поставить почти на третье мѣсто, если на первомъ будетъ алкоголизмъ, а на второмъ сифилисъ.

Случаи поврежденія головы, которые мнѣ приходилось наблюдать въ теченіи десяти лѣтъ, относятся къ больнымъ въ возрастѣ отъ 20 до 50 лѣтъ.

Какъ каждому извѣстно, поврежденіе головы бываетъ весьма причудливо: иной разъ и сильный ушибъ обходится безъ особенныхъ послѣдствій, другой-же разъ и незначительный толчекъ ведетъ къ весьма неблагоприятнымъ послѣдствіямъ. Все, повидному, зависитъ отъ той почвы, на которой находится поврежденіе; но кромѣ того оно еще зависитъ и отъ того, было-ли соединено это поврежденіе съ сотрясеніемъ мозга или нѣтъ. На это обратилъ вниманіе еще нашъ знаменитый Н. И. Пироговъ во время Кавказской войны и Крымской компаніи. Онъ замѣтилъ, что въ иныхъ случаяхъ значительное поврежденіе черепа не вызывало мозговыхъ припадковъ, въ другихъ же—ничтожное поврежденіе вело къ самымъ неблагоприятнымъ послѣдствіямъ, что его и побудило предпринять рядъ экспериментальныхъ изслѣдованій <sup>1)</sup>. „Нѣсколько лѣтъ тому назадъ“,

<sup>1)</sup> Начала общей военнополовой хирургіи, 1866 г., I ч., стр. 67.

говорить онъ, „я сдѣлалъ до 50 опытовъ надъ собаками и кошками. Я клалъ ихъ въ мѣшокъ и билъ головой объ уголъ, или другое твердое тѣло; большимъ животнымъ я наносилъ удары въ голову молоткомъ, производя такимъ образомъ различныя поврежденія мозга, его оболочекъ и черепа, я наблюдалъ сначала явленія при жизни и сравнивалъ ихъ тотчасъ-же съ результатами вскрытія труповъ.

Затѣмъ онъ говоритъ: «я предлагаю молодымъ врачамъ повторить эти опыты въ большемъ размѣрѣ. При нынѣшнемъ состояніи вспомогательныхъ наукъ можетъ быть имъ удастся придти къ болѣе положительнымъ результатамъ». И дѣйствительно, какъ мы видимъ, слѣдующіе за нимъ изслѣдователи были болѣе счастливы въ этомъ отношеніи. Такъ, Кохъ и Филане <sup>1)</sup> напали на счастливую мысль рядомъ легкихъ ударовъ достигнуть такого же самаго дѣйствія, какъ и однимъ тяжелымъ ударомъ. Такой постановкой опыта, исключались всѣ прочія мѣшающія и затемняющія всякое наблюденіе осложненія, и фактически получались случаи чистаго сотрясенія. Удары производились продолжительно молоткомъ, въ среднемъ два удара въ секунду и по прошествіи полу-трехъ четвертей часа получались всѣ симптомы полнаго сотрясенія мозга. При вскрытіи было найдено: переполненіе кровью мягкой черепной и спино-мозговой оболочки, равно и вещество самого мозга и верхнихъ отрѣзковъ *medullae oblongatae*.

Такимъ образомъ на покаланиваемомъ ударами молотка животномъ видна была полная картина сотрясенія мозга и не было найдено слѣдовъ замѣчательныхъ анатомическихъ поврежденій.

Этой работой объясняется главнымъ образомъ весь патогенезъ сотрясенія мозга. Свойство этого явленія объяснялось послѣдующими авторами (Фишеромъ Бецольдомъ и др.) вліяніемъ раздраженія сосуда двигательныхъ нервовъ, вслѣдствіе котораго вначалѣ происходило сокращеніе сосудовъ, которое повышало кровеносное давленіе и затѣмъ оканчивалось истощеніемъ, т. е. параличемъ ихъ. Несомнѣнно, что такія тяжкія пораженія циркуляціи крови, какія обусловливаются параличемъ вазомоторныхъ центровъ, способны глубоко поражать и даже совершенно уничтожить всѣ мозговые отправления, какъ-то: сознаніе, двигательныя и чувствительныя сферы. Дюрэ <sup>2)</sup> при-

<sup>1)</sup> Ученіе о поврежденіяхъ головы пр. Бергмана, 1886 г., стр. 412.

<sup>2)</sup> Duret, Des traumatismes cerebraux. Paris, 1878 г.

писывалъ явленія сотрясенія мозга перемѣщенію cerebro-спинальной жидкости, смѣщаемой внезапно вслѣдствіе удара по черепу и передающей свой толчекъ сосѣднимъ частямъ; поврежденія эти могутъ занимать различные пункты нервныхъ центровъ, но помѣщаются преимущественно на уровнѣ подпаутинныхъ промежутковъ и на днѣ 4-го желудочка.

Адамкевичъ <sup>1)</sup> отрицаетъ вліяніе cerebro-спинальной жидкости, а всѣ явленія приписываетъ давленію въ извѣстной точкѣ мозга, которое мало по малу производитъ воспалительныя явленія, доходящія до гиперестезіи нервныхъ бугровъ, непосредственно подвергающихся вліянію угнетающихъ агентовъ, затѣмъ на смежныя съ ними области, притомъ настолько, что едва давленіе переходитъ границу, какъ развиваются явленія Жаксоновской эпилепсіи на противоположной сторонѣ гемиплегія и пр. Все это приходитъ въ порядокъ, коль скоро устранено давленіе, причемъ cerebro-спинальная жидкость не переходитъ точныхъ, опредѣленныхъ границъ въ черепной полости, такъ какъ, при усиленіи давленія оно входитъ въ лимфатическіе сосуды чрезъ посредство арахноидальныхъ пространствъ. Все это въ сущности указываетъ на не выполнѣ еще установленную теорію о физиологическихъ явленіяхъ при сотрясеніи мозга, но тѣмъ не менѣе, они могутъ разъяснять, до нѣкоторой степени, то, что наблюдалъ Н. Н. Пироговъ. Такимъ образомъ стало ясно, что не величина поврежденія черепа имѣетъ вліяніе на неблагопріятный исходъ, а сотрясеніе мозга. На одинъ изъ подобныхъ случаевъ, такъ называемой мимолевой контузіи, указываетъ Н. И. Пироговъ <sup>2)</sup>. Съ поля сраженія былъ принесенъ трупъ солдата, безъ какихъ-либо признаковъ нарушенія цѣлости покрововъ; солдатъ, упалъ вслѣдъ затѣмъ какъ около него пролетѣла бомба.

Для насъ интересны такъ называемые *третичные припадки*, которые развиваются иногда спустя долгое время послѣ травматическихъ поврежденій головы. Многіе изъ нихъ объяснялись хроническимъ воспаленіемъ мозга (encephalitis chronica), которое оканчивалось упадкомъ силъ, апоплектическими припадками. «Но рѣзче, говоритъ Н. И. Пироговъ <sup>3)</sup>, выступаетъ другой рядъ припадковъ, послѣ поврежденія головы, а именно: 1) нарушеніе въ отпращиваніи наружныхъ

<sup>1)</sup> Archives de Neurologie, Vol. XII. № 35. 1886 г.

<sup>2)</sup> Op. cit., стр. 76.

<sup>3)</sup> Op. cit., стр. 141.

чувствъ: зрѣнія, слуха, обонянія; 2) заиѣшательство и трудность въ рѣчи и произношеніи словъ, соединенные иногда и съ переменною въ голосъ; 3) иѣстными контрактуры, невралгіи и параличи; 4) эпилепсія и 5) ослабленіе памяти частной и общей и помѣшательство ума».

Вотъ что наблюдалъ, въ общихъ чертахъ, нашъ знаменитый хирургъ и все это мы находимъ и до настоящаго времени, хотя изслѣдованіе различныхъ формъ душевныхъ болѣзней значительно подвинулось впередъ съ того времени, и мы съ большею точностію можемъ діагносцировать вліяніе поврежденія головы въ различныхъ видахъ умственнаго разстройства; но тѣмъ не менѣе всегда можно отличить главныя черты, указанныя Н. И. Пироговымъ, «очень любопытны, говорятъ онъ, тѣ наблюденія, которыя доказываютъ, что послѣ травматическихъ поврежденій можетъ теряться одна только *частная память*: собственныхъ именъ, глаголовъ, чиселъ, иностранныхъ языковъ. Одни изъ раненыхъ въ голову теряютъ *память* настоящаго, а помнятъ, какъ старики, всѣ подробности прошедшаго, даже изъ ранняго дѣтства. Иные называютъ вещи не ихъ именами и одно слово замѣняютъ другимъ, вовсе не однозначущимъ. Я зналъ больного, который вмѣсто я, говорилъ онъ и повторялъ безпрестанно одно и тоже слово. У нѣкоторыхъ мѣняется звукъ голоса, онъ дѣлается пронзительнымъ и высокимъ»<sup>1)</sup>. Все это въ высшей степени вѣрно и встрѣчается очень часто, когда вслѣдъ за поврежденіемъ головы развивается прогрессивный параличъ умалишенныхъ.

Прошло болѣе тридцати лѣтъ съ тѣхъ поръ, какъ Н. И. Пироговъ написалъ результаты своихъ наблюденій во время Кавказской экспедиціи 47 года и Крымской 54 и 55 годовъ, въ своемъ сочиненіи „начала военно-полевой хирургіи“. Съ того времени число наблюденій у насъ и за границей значительно увеличилось, клиническая картина травматическихъ поврежденій обогатилась новыми деталями. Теперь, хотя много еще не разработано, можно съ большею увѣренностію ставить діагнозъ и предсказаніе относительно дальнѣйшихъ явленій, развившихся вслѣдъ за поврежденіемъ головы.

Въ этомъ изслѣдованіи весь матеріалъ можно раздѣлить, по болѣе или менѣе рѣзко выраженнымъ симптомамъ поврежденія мозга, на слѣдующія категоріи: къ *первой группѣ*, я

<sup>1)</sup> Ор. cit., стр. 142.

отношу тѣ случаи, въ которыхъ мозговые поврежденія носятъ болѣе опредѣленный характеръ ушиба и сотрясенія мозга, безъ осложненій какимъ либо предшествующимъ заболѣваніемъ организма, т. е. гдѣ мозгъ былъ совершенно здоровъ. Во *вторую группу* включаю ушибы головы осложненные наслѣдственностію, и наконецъ въ *третью*, гдѣ поврежденію головы предшествовали или сифились, или алкоголизмъ.

Въ прежнее время англійскіе авторы принимали травматическое умопомѣшательство, а нѣмецкіе раздѣляли его на иррачное, неистовое, эпилептическое и паралитическое помѣшательство; но, имѣя въ виду, что, при поврежденіи мозга, часто можно наблюдать переходъ одной формы въ другую и даже можетъ встрѣтиться случай, въ которомъ наблюдаются всѣ выше указанныя формы, я, съ своей стороны, придерживаюсь исключительно только клинической картины и потому позволилъ себѣ раздѣлить всѣ случаи на выше упомянутыя три группы.

## I.

Въ этой группѣ встрѣчаются исторіи болѣзней Севастопольскихъ героевъ.

### 1-е НАБЛЮДЕНІЕ.

**Контузія головы въ затылочной области, головныя боли, слабость зрѣнія, эпилептоидные припадки, прогрессирующія, паралитическія явленія.**

Офицеръ М., 36 лѣтъ, холостъ, наслѣдственного предрасположенія къ нервнымъ заболѣваніямъ, или какихъ либо другихъ болѣзней не имѣлъ.

Во время Крымской компаніи, въ 1855 году, былъ контуженъ осколкомъ бомбы въ затылокъ съ разрывомъ покрововъ и ушибомъ затылочной кости. До полученія контузіи онъ былъ веселаго характера, любилъ общество; послѣ контузіи по временамъ былъ угрюмъ и задумчивъ. Въ 1864 г. у него развилась слабость зрѣнія; въ 1868 г. головныя боли и легкіе обмороки, общее ослабленіе организма. Въ теченіи 1871 года появлялись частые приступы головокруженія, въ особенности при бѣгѣ во фронтъ и механическихъ занятіяхъ. Въ апрѣлѣ

1872 г. было 4 эпилептоидныхъ припадковъ и у больного появились признаки полного умственного расстройства. Будучи доставленъ въ С.-Петербургскій Николаевскій военный госпиталь, 13-го іюня 1872 г., у него наблюдались уже рѣзко выраженные паралитическія явленія, какъ-то: затрудненный выговоръ словъ, языкъ при высовываніи отклонялся влѣво, правая половина лица уплощена, а лѣвая сокращена, правый глазъ былъ открытъ болѣе лѣваго, правая верхняя и нижняя конечности слегка ослаблены, съ закрытыми глазами не могъ стоять, качался и падалъ. Значительное ослабленіе памяти и соображенія. Во время дальнѣйшаго пребыванія больного въ госпиталѣ, паралитическія явленія усиливались, сначала съ правой стороны, потомъ съ лѣвой; появилось недержание мочи и кала, послѣдовательное общее истощеніе организма съ соотвѣтствующимъ постепеннымъ ослабленіемъ умственныхъ способностей. Больной умеръ 7-го ноября 1872 года, вслѣдствіе сильнаго истощенія организма. Эта исторія болѣзни представляетъ типъ послѣдовательныхъ мозговыхъ заболѣваній, вслѣдъ за ушибомъ головы.

Больному было 18 лѣтъ, когда онъ получилъ контузію въ затылокъ въ 1855 г. съ разрывомъ наружныхъ покрововъ. Вслѣдъ за поврежденіемъ стала наблюдаться перемѣна въ характерѣ, изъ веселаго онъ сдѣлался задумчивымъ, грустнымъ; черезъ десять лѣтъ, у него развилась слабость зрѣнія, а еще черезъ два года, къ этому присоединилась головная боль, обмороки и затѣмъ приступы голововруженія, въ особенности при механическихъ занятіяхъ.

Наконецъ на 36-мъ году жизни, появляются эпилептоидные припадки и наступаетъ слабоуміе, спустя 18 лѣтъ послѣ полученной контузии. Исходъ болѣзни имѣлъ всѣ признаки прогрессивнаго паралича умалишенныхъ, какъ-то: у него былъ затрудненный выговоръ словъ, парезъ лицевыхъ мышцъ съ правой стороны, ослабленіе правой верхней и нижней конечностей, недержание мочи, кала и пр. Соотвѣтственно ухудшенію физическаго состоянія, ухудшалось и психическое, память и соображеніе все болѣе и болѣе слабѣли; онъ умеръ въ состояніи полного истощенія организма.

Вскрытія не было сдѣлано, но въ такой стадіи развитія болѣзни, анатомо-патологическая картина бываетъ, въ большей части случаевъ, общою, какъ-то: сращеніе твердой оболочки мозга, мутность и серозная инфильтрація тонкихъ обо-



лочекъ; хроническая водянка, выраженная въ болѣе или менѣе сильной степени, зернистость эпендимы; атрофія коркового вещества мозга, преимущественно въ переднихъ доляхъ и пр. Но иногда не находится при вскрытіи ничего подобнаго; нѣкоторые случаи сотрясенія мозга наблюдаются безъ анатомическихъ измѣненій <sup>1)</sup>, тогда, конечно, о локализациі процесса не можетъ быть и рѣчи.

## 2-е НАБЛЮДЕНІЕ.

Капитанъ М. поступилъ въ госпиталь въ ноябрѣ 1876 г. съ рѣзко выраженными общими паралитическими явленіями. Ушибъ получилъ въ 1863 г. при паденіи съ высоты 2½ саж. Послѣ паденія находился въ безсознательномъ состояніи, страдалъ долго мѣстною головою болью и затѣмъ, по прекращеніи ея, у него остался постоянный шумъ въ ушахъ. Такъ продолжалось до 1874 года, когда подъ вліяніемъ простуды, вновь ожесточилась головная боль, появились эпилептические припадки и потомъ развился общій параличъ. При изслѣдованіи наружныхъ покрововъ, на черепѣ не было найдено ничего особеннаго, а при вскрытіи—только хроническое воспаленіе твердой мозговой оболочки.

## 3-е НАБЛЮДЕНІЕ.

Контузія въ голову во время Севастопольской компаніи, головныя боли, слабость зрѣнія на правый глазъ, развитіе паралитическаго ослабленія умственныхъ способностей опущенія 10 лѣтъ по полученіи контузіи.

Отставной подполковникъ К., 40 лѣтъ, женатъ, поступилъ въ С.-Петербургскій военный Николаевскій госпиталь 28 мая 1876 г. Наслѣдственнаго предрасположенія къ мозговымъ заболѣваніямъ не имѣлъ; сифилиса не было; спиртные напитки употреблялъ въ небольшомъ количествѣ. 27 августа 1855 г., во время отбитія непріятельскаго штурма, на 3-мъ отдѣленіи оборонительной линіи г. Севастополя, отъ разрыва бомбы, былъ контуженъ камнемъ въ правую часть головы и, прибывши на

<sup>1)</sup> Душевные болѣзни.—Гризингеръ, стр. 206.

перевязочный пунктъ, онъ жаловался на туную боль въ правомъ вискѣ и сильное притупленіе слуха въ ухѣ той же стороны; по наложеніи повязки, онъ былъ отправленъ обратно въ баталіонъ къ своему мѣсту назначенія.

28-го іюня 1866 года, онъ былъ освидѣтельствованъ на предметъ дозволенія носить легкій головной уборъ, вследствие часто появлявшихся головныхъ болей. При освидѣтельствovanіи было найдено: отъ роду ему было 32 года, крѣпкаго тѣлосложенія, форма черепа правильная; онъ жаловался на появляющуюся по временамъ сильную головную боль, тупую, сжимающую, съ припадками головокруженія,—и незначительное ослабленіе зрѣнія на правый глазъ. Приступы головной боли появлялись какъ съ наступленіемъ сильной жары, такъ равно при повышеніи и пониженіи барометрическаго давленія, отъ быстрыхъ перемѣнъ въ воздухѣ. Припадки эти развились вскорѣ по полученіи контузіи. При изслѣдованіи головы, съ правой стороны, не было найдено ничего ненормальнаго. Объясняя это вазомоторными явленіями, комиссія пришла къ заключенію, что нѣсколько болѣе тяжелая ноша на головѣ усиливаетъ чувство тупой боли, почему облегченія появлявшихся припадковъ, нашла нужнымъ замѣнить прежній головной уборъ постояннымъ употребленіемъ легкой головной фуражки.

11-го января 1876 г. больной прибылъ въ С.-Петербургскій клиническій военный госпиталь; ему было 40 лѣтъ. До поступленія въ госпиталь у него наблюдалась уже перемѣна въ характерѣ, онъ былъ вспыльчивъ, раздражителенъ, не большое количество вина уже приводило его въ состояніе охмѣленія. Въ клинику онъ прибылъ исхудалымъ, у него былъ strabismus divergens лѣваго глаза, неравномѣрность зрачковъ, лѣвый былъ шире, легкій ptosis лѣваго верхняго вѣка, затрудненіе въ выговорѣ словъ; движеніе въ конечностяхъ было свободно. Онъ много говорилъ, жестикулировалъ, рѣчь была не связна. Называлъ себя необыкновеннымъ существомъ, то пророкомъ, то богомъ, говорилъ, что проѣхалъ по желѣзнымъ дорогамъ всю Азію, Африку, Америку и проч.; словомъ, опредѣленныхъ систематическихъ идей бреда не высказывалъ, часто ходилъ и разговаривалъ самъ съ собой, въ теченіи дня ничѣмъ не занимался. Во время дальнѣйшаго пребыванія онъ постоянно галлюцинировалъ, видѣлъ святыхъ, Бога; думалъ, что находится во дворцѣ, раздавалъ награды и проч. По временамъ впадалъ въ гнѣвное настроеніе духа, которое скоро проходило. Память прошедшаго была сохранена.

25-го мая 1876 г. онъ былъ доставленъ въ Николаевскій военный госпиталь въ томъ же состояніи здоровья. Находясь тамъ, онъ слышалъ голоса, больныхъ принималъ за святыхъ, становился передъ ними на колѣни, молился. Психическія его способности значительно ослабѣли, въ разговорѣ онъ быстро переходилъ отъ одной велѣпой идеи къ другой, имѣлъ преувеличенное понятіе о своихъ средствахъ и проч. Рѣчь была затруднена, питаніе организма удовлетворительно. Съ теченіемъ времени спутанность въ мысляхъ все болѣе и болѣе увеличивалась и 8-го декабря 1877 г. онъ былъ переведенъ въ больницу Всѣхъ-Скорбящихъ.

Въ этомъ случаѣ мы видимъ почти тоже, что и въ прежнемъ случаѣ. Больной 18 лѣтъ отъ роду былъ контуженъ въ 1855 г. въ правую часть головы, вслѣдствіе чего была глухота на правое ухо и мѣстная головная боль. Съ 1866 года это болѣзненное состояніе ухудшилось до того, что онъ уже не могъ носить обыкновеннаго головного убора. Свидѣтельствовавшая его комиссія нашла незначительное ослабленіе зрѣнія на правый глазъ, при чемъ онъ жаловался, на сильную, тупую, сжимающую головную боль съ припадками головокруженія. Головные боли усиливались подъ вліяніемъ барометрическихъ перемѣнъ. При изслѣдованіи головы не было найдено ничего особеннаго; комиссія разрѣшила ему носить легкую фуражку. Спустя еще десять лѣтъ у него развиваются уже рѣзкія мозговые явленія: онъ сдѣлался вспыльчивъ, раздражителенъ, скоро имѣлъ отъ небольшого количества вина, много говорилъ, жестикулировалъ, при чемъ рѣчь его была не связна, появились галлюцинаціи слуха и зрѣнія.

Изъ паралитическихъ явленій наблюдалось: Strabismus divergens лѣваго глаза, легкій ptosis лѣваго верхняго вѣка, затрудненный выговоръ словъ. Общія паралитическія явленія не развивались у больного, онъ твердо владѣлъ конечностями и питаніе его тѣла было удовлетворительно, такъ что не смотря на ухудшеніе его психическаго состоянія,—у него появился бессмысленный бредъ и спутанность въ мысляхъ,—физическое состояніе его здоровья было удовлетворительно и форма его болѣзни имѣла видъ паралитическаго слабоумія.

## 4-е НАБЛЮДЕНІЕ.

**Рана и контузія въ спину, параличъ нижнихъ конечностей, предполагаемое сотрясеніе мозга, головокруженія, потеря памяти, послѣдовательное развитіе паралитическихъ явленій.**

Маіоръ Н. 44 лѣтъ, поступилъ въ госпиталь въ сентябрѣ 1871 г. Во время Севастопольской компаніи былъ раненъ и контуженъ въ спину; вслѣдъ затѣмъ у него былъ парезъ нижнихъ конечностей и судорожное подергиваніе въ нихъ, затѣмъ онъ поправился и до 1860 г. состоялъ на службѣ. Съ этого-же времени у него появились эпилептоидные припадки и частые приступы головокруженія. Съ 1870 г. обнаружили признаки умственного расстройства, соединенные съ беспокойствомъ, не связанными идеями и галлюцинаціями слуха и зрѣнія. При поступленіи въ госпиталь у него не было замѣтно рѣзко выраженныхъ паралитическихъ симптомовъ,—было только незначительное ослабленіе памяти и соображенія, идеи бреда были не связаны, онъ былъ вполне не способенъ къ какому-либо умственному труду. Во время дальнѣйшаго пребыванія его въ госпиталь его психическія способности все и болѣе и болѣе ухудшались, а вмѣстѣ съ этимъ развились и общія паралитическія явленія. Чувствительность кожи на нижнихъ конечностяхъ была значительно притуплена, появился параличъ мочевого пузыря, пролежни и онъ умеръ въ апрѣлѣ 1873 года въ состояніи общаго нервнаго истощенія организма.

Въ этомъ случаѣ была, главнымъ образомъ, контузія спины, вслѣдствіе чего у больного появился впослѣдствіи параличъ нижнихъ конечностей мочевого пузыря. Пять лѣтъ, по полученіи контузіи, онъ состоялъ еще на службѣ, а за тѣмъ у него появились эпилептоидные припадки и частые приступы головокруженія; спустя еще десять лѣтъ у него обнаружили признаки умственного расстройства, соединенные съ беспокойствомъ, галлюцинаціями слуха и зрѣнія, словомъ сходные съ описаннымъ въ предшествовавшей исторіи болѣзни, съ такъ называемымъ паралитическимъ слабоуміемъ. Во всѣхъ предшествовавшихъ случаяхъ болѣзнь развилась на здоровой почвѣ, не испорченной алкоголизмомъ, сифилисомъ или невропатическимъ сложеніемъ, вслѣдствіе чего она, вѣроятно, и имѣла болѣе продолжительное теченіе.

## 5-е НАБЛЮДЕНІЕ.

Ушибъ головы при паденіи съ лошади, симптомы сотрясенія мозга, постепенное развитіе прогрессивнаго паралича.

І. М. 39 лѣтъ, женатъ, наследственнаго предрасположенія къ нервнымъ болѣзнямъ не имѣлъ. Въ мартѣ 1882 года на смотру, во время заѣзда, упалъ съ лошади на каменную мостовую и получилъ сильный ушибъ *правой стороны головы*, спины, въ области правой лопатки, — и правой руки; тотчасъ же послѣ паденія за правымъ ухомъ появилась синеватая припухлость отъ кровоизлиянія. Въ области правой лопатки синеватое пятно, величиною съ медный пятакъ; зрачки были расширены и появлялась тошнота и рвота, продолжавшіяся около двухъ часовъ. Болѣзнь развивалась медленно и постепенно, безъ рѣзкаго перехода отъ здороваго состоянія къ паралитическому и обнаружилась болями въ нижнихъ конечностяхъ, въ надколенныхъ чашкахъ и спинныхъ позвонкахъ. По временамъ было дрожаніе въ языкѣ и расстройство рѣчи, головныя боли и головокруженія. *Ѣзда верхомъ и въ экипажѣ вызывала головокруженіе.* Незначительное вольненіе вызывало поступки, несоотвѣтствующіе здравому смыслу. Появилось постепенное ослабленіе умственныхъ способностей. Въ февралѣ 1884 г. былъ доставленъ въ Петербургскій Николаевскій военный госпиталь въ слѣдующемъ состояніи: лицо было красновато, правый зрачекъ шире лѣваго, языкъ при высовываніи слегка дрожалъ, щеки надувались слабо, губныя мышцы дрожали. Въ состояніи внутреннихъ органовъ ничего особеннаго не наблюдалось. Онъ вполне сознательно велъ обыкновенный разговоръ, затруднялся въ припоминаніи именъ и чиселъ; въ разговорѣ по нѣсколько разъ повторялъ одно и то же; не кончивъ то, что онъ хотѣлъ сказать, переходить совершенно къ другому предмету. Настроеніе духа преимущественно было веселое, больной былъ всѣмъ доволенъ, считалъ себя богачемъ, говорилъ, что кончилъ всѣ академіи и консерваторіи. Память и соображеніе больного были сильно ослаблены; словомъ, у больного былъ вполне развитой прогрессивный параличъ, который постепенно усиливаясь довелъ больного до полнаго истощенія организма и онъ умеръ въ февралѣ 1886 года.

\*

Какъ мы видимъ, здѣсь главную роль играетъ сильное сотрясеніе мозга. Вслѣдъ за паденіемъ съ лошади у больного появилось *расширеніе зрачковъ* и упорная, продолжавшаяся въ теченіе двухъ часовъ, рвота; ушибъ въ голову былъ съ правой стороны, за правымъ ухомъ появилась сильная припухлость отъ кровоизлиянія. Вскорѣ, постепенно стали развиваться паралитическія явленія, безъ рѣзкаго перехода отъ здороваго состоянія къ болѣзненному, а черезъ два года развилась полная картина прогрессивнаго паралича умалишенныхъ. На подобное медленное и незамѣтное развитіе прогрессивнаго паралича, вслѣдъ за ушибомъ, указываютъ нѣкоторые авторы. Случай этотъ показываетъ также и всю важность сотрясенія мозга. Здѣсь былъ не такъ силенъ ушибъ, какъ сотрясеніе мозга, слѣдствіемъ того вѣроятно и было быстрое развитіе общихъ паралитическихъ явленій. Можетъ быть и возрастъ больного въ такихъ случаяхъ тоже можетъ имѣть вліяніе на быстрый ходъ болѣзни (больному было 39 лѣтъ), такъ какъ въ предшествовавшихъ случаяхъ, контузіи получались въ болѣе раннемъ возрастѣ (отъ 18 до 22 лѣтъ) и болѣзня протекла медленно.

## 6-е НАБЛЮДЕНІЕ.

**Ушибъ головы при паденіи съ лошади, безсознательное состояніе вслѣдъ за ушибомъ, быстрое развитіе прогрессивнаго паралича.**

Полковникъ М. 45 лѣтъ, женатъ, наследственнаго расположенія къ нервнымъ болѣзнямъ не имѣетъ. Лѣтомъ 1880 г. во время практическихъ занятій съ офицерами упалъ съ лошади и получилъ столь сильный ушибъ головы, что былъ поднятъ безъ чувствъ. Болѣзня обнаружилась вслѣдъ за паденіемъ раздражительностію и совершенною апатіею къ семьѣ и знакомымъ. Поступилъ въ госпиталь въ октябрѣ 1880 г. съ рѣзко выраженными паралитическими явленіями какъ-то: лицо было скошено влѣво, лѣвый уголъ рта приподнятъ, зрачки сужены, правый шире лѣваго и слабо реагировалъ на свѣтъ, языкъ при высовываніи дрожалъ и уклонялся влѣво, выговоръ словъ былъ съ заиканіемъ, конечности сильно дрожали, слухъ былъ значительно притупленъ на оба уха, память и соображеніе ослаблены, мочился и испражнялся подъ себя.

Находясь въ отдѣленіи относился ко всему равнодушно, большую часть дня лежалъ въ кровати и ни съ кѣмъ не разговаривалъ, пищу принималъ съ посторонней помощью.

Здѣсь болѣзненные симптомы развились быстро, вслѣдъ за паденіемъ съ лошади, ударъ былъ настолько силенъ, что его подняли въ безсознательномъ состояніи; чрезъ два мѣсяца у него уже наблюдалась полная картина прогрессивнаго паралича, причѣмъ онъ развился не вдругъ, а постепенно, больной впадалъ въ состояніе полного отупѣнія; глухота на оба уха указывала на причину болѣзни, хотя, какъ говоритъ Villon<sup>1)</sup>, травматическій прогрессивный параличъ можетъ развиваться постепенно, безъ особенныхъ характеристическихъ явленій указывающихъ на причину.

### 7-е НАБЛЮДЕНІЕ.

Ударъ въ затылокъ, безсознательное состояніе, слабость памяти, упорная головная боль, головокруженія, быстрое развитіе прогрессивнаго паралича.

Г. С. 35 лѣтъ, женатъ, послѣдственнаго предрасположенія къ нервнымъ болѣзнямъ не имѣетъ, сифилиса не было. Въ мартѣ 1884 г., идя на службу, получилъ внезапно ударъ въ затылокъ и спину оглоблей, проѣзжавшаго извозчика, и упалъ на каменную мостовую, гдѣ былъ поднятъ въ безчувственномъ состояніи и доставленъ въ полковую канцелярію. Вскорѣ послѣ этого у него появилась головная боль, забывчивость, слабость въ ногахъ. Припадки эти все болѣе и болѣе усиливались и чрезъ годъ (въ мартѣ 1885 г.) онъ находился уже въ слѣдующемъ состояніи: выраженіе лица было тупое, апатичное, на поверхности тѣла не было никакихъ измѣненій. Кожная чувствительность всюду сохранена, рефлекторныя и мышечныя движенія также нормальны. Со стороны позвоночника тоже ничего особеннаго. Отправленіе внутреннихъ органовъ нормально. На предлагаемые ему вопросы онъ не всегда отвѣчалъ удовлетворительно и память относительно настоящаго была ослаблена, — прошедшаго сохранена; читалъ медленно —

<sup>1)</sup> Archives de Neurologie, № 12—1882 г.

съ трудомъ понимая прочитанное, писалъ тоже медленно — съ пропусками буквъ. Приобрѣтенныя имъ познанія были тоже забыты, даже первыя ариѳметическія дѣйствія были у него не вѣрны. Онъ былъ молчаливъ, задумчивъ, у него часто появлялись галлюцинаціи слуха и зрѣнія, по улицѣ не могъ ходить безъ посторонней помощи.

При поступленіи въ госпиталь, въ апрѣлѣ 1885 г., у него параличъ былъ развитъ вполне. Зрачки были расширены и слабо реагировали на свѣтъ, языкъ при высовываніи сильно дрожалъ и отклонялся въ сторону, выговоръ словъ былъ затрудненъ, походка была шаткая, не могъ ходить безъ посторонней помощи. Умственные способности были сильно ослаблены. Въ госпиталѣ у него наблюдались приступы головокруженія и судорожное подергиваніе въ затылочныхъ мышцахъ. Больной былъ отданъ на попеченіе его жены. Точно также и въ этомъ случаѣ, больной, въ возрастѣ 35 лѣтъ, вслѣдъ за паденіемъ былъ поднятъ въ безсознательномъ состояніи. Появившаяся вскорѣ послѣ паденія забывчивость и слабость ногъ давали уже дурное предсказаніе, — и дѣйствительно, не прошло еще и года, со дня паденія, какъ у него вполне развится травматическій прогрессивный параличъ, при чемъ быстрому развитію этой болѣзни не способствовали какія-либо бывшія заболѣванія въ организмѣ, какъ-то: сифилисъ, алкоголь, или нервное предрасположеніе.

## 8-е НАБЛЮДЕНІЕ.

**Паденіе съ лошади, постепенное ослабленіе памяти и умственныхъ способностей, прогрессивный параличъ.**

Г. Д., 46 лѣтъ, женатъ, наследственности нѣтъ, сифилиса не было. Въ іюлѣ 1879 г. въ лагерѣ подъ г. Тавасгустомъ упалъ съ лошади, получилъ ушибъ въ голову и нѣсколько ранъ отъ ударовъ копытомъ въ нижнюю часть голени и праваго бедра. Болѣзнь обнаружилась въ октябрѣ 1879 года, но въ особенности съ мая 1880 г. задумчивостію, разсѣянностію и раздражительностію. Въ ноябрѣ того же года больной былъ помѣщенъ въ Рижскій госпиталь, вслѣдствіе потери памяти и ненормальныхъ поступковъ. У него наблюдались забывчивость, нецѣлесообразность въ дѣйствіяхъ; рѣчь была затруднена, несвязна, высказывалъ нелѣпыя идеи величія и проч. Въ такомъ состояніи былъ переведенъ въ Петербургскій Ни-



колаевскій госпиталь въ апрѣлѣ 1881 г., гдѣ также продолжалъ высказывать идеи величія безъ всякой послѣдовательности. Называлъ себя государемъ, императоромъ, награждалъ всѣхъ деньгами, чинами, орденами; просилъ назначить ему леченіе невскою водою, чтобы помолодѣть.

Травматическій прогрессивный параличъ и въ этомъ случаѣ развивался медленно, постепенно, выражаясь преимущественно въ психической сферѣ. Больной сдѣлался вялымъ, апатичнымъ, задумчивымъ; затѣмъ уже у него стало наблюдаться ослабленіе памяти, соображенія, спутанность въ мысляхъ <sup>1)</sup>. Д-ръ Mickle говоритъ, что травматическому прогрессивному параличу предшествуютъ: сильныя головныя боли, рѣзкое измѣненіе характера, раздражительность, гнѣвность, возбужденіе, иногда приступы ярости, склонности къ разрушенію и значительное количество галлюцинацій.—Все это наблюдалось у насъ весьма рѣдко.

### 9-е НАБЛЮДЕНІЕ.

**Рана и контузія въ щеку, приступы маниакальнаго возбужденія, параличъ конечностей, прогрессивное ослабленіе умственныхъ способностей.**

Т. В., 34 лѣтъ, поступилъ въ госпиталь въ октябрѣ 1879 г. Былъ раненъ и контуженъ въ лѣвую щеку съ раздробленіемъ скуловой кости при Плевно, 18 іюля 1877 года. Признаки умственнаго разстройства обнаружались въ октябрѣ 1878 г. врачнымъ настроеніемъ духа, склонностію къ уединенію, раздражительностію, часто появлялись боли въ лѣвой щекѣ. Будучи доставленъ въ госпиталь, онъ находился въ слѣдующемъ состояніи: выраженіе лица было грустное и осмысленное, на лѣвой скуловой кости находился рубецъ; органы внѣшнихъ чувствъ нормальны. Въ состояніи внутреннихъ органовъ не было найдено ничего особеннаго. На предлагаемые вопросы отвѣчалъ вполне ясно и сознательно, говоритъ, что въ настоящее время здоровъ, но что по временамъ у него бывають

<sup>1)</sup> Архивъ психіатріи. Т. XXI, № 1, стр. 218.

сильныя боли въ щекѣ. Во время дальнѣйшаго пребыванія его въ госпиталѣ, онъ постоянно уединялся, большею частію лежалъ въ постели, съ больными не разговаривалъ и ни чѣмъ не интересовался. Въ январѣ 1880 г. стали появляться приступы безпокойства, во время которыхъ онъ пѣлъ, кричалъ, рвалъ платье и бѣлье, билъ прислугу. Вслѣдъ за этимъ приступомъ буйства, въ концѣ февраля, замѣчался упадокъ психической дѣятельности, онъ лежалъ въ постели, выговоръ словъ былъ затрудненъ, движеніе въ нижнихъ конечностяхъ было затруднено. Затѣмъ появилось значительное ослабленіе въ правой верхней и нижней конечностяхъ; память и соображеніе больного стали все болѣе и болѣе слабѣвать. Въ нѣтъ паралитическія явленія усилились, онъ мочился и испражнялся подъ себя, по временамъ появлялось безпокойство. Онъ умеръ 27 іюля въ состояніи общаго истощенія организма.

При вскрытіи было найдено: *Meningitis chronica*, *Hydrocephalus internus*.

Въ этомъ случаѣ одновременно была рана и контузія въ щеку. За этимъ послѣдовала упорная боль въ лѣвой щекѣ, сильныя приступы буйства, какъ бы подъ вліяніемъ рефлекторнаго раздраженія, затѣмъ появились паретическія явленія въ конечностяхъ на противоположной сторонѣ тѣла и постепенное ослабленіе умственныхъ способностей. Вотъ главные симптомы, которыми характеризовался травматическій прогрессивный параличъ. Такого рода приступы маниакальнаго возбужденія при поврежденіяхъ головы бываютъ не рѣдки, по всей вѣроятности они обусловливаются, какъ говоритъ Краффтъ-Эбингъ <sup>1)</sup>, пораженіемъ иннервации сосудовъ и умѣньшеніемъ въ вазомоторной системѣ способности къ противодѣйствию. Весьма не рѣдко, кромѣ частыхъ приливовъ крови къ головѣ, при такомъ состояніи иннервации сосудовъ, развивается неспособность переносить спиртные напитки, высокую температуру и пр. При вскрытіи, въ данномъ случаѣ, можно бы было ожидать какой-либо мѣстный процессъ, но въ дѣйствительности было найдено хроническое воспаленіе мозговыхъ оболочекъ и *hydrocephalus internus*.

<sup>1)</sup> Учебникъ психіатріи, 1890, стр. 230.

## 10-е НАБЛЮДЕНІЕ.

**Паденіе, эпилептоидный припадокъ, прогрессивный параличъ.**

Г. П., 40 лѣтъ, поступилъ въ госпиталь въ іюнѣ 1881 г. Десять лѣтъ тому назадъ, упалъ съ лѣстницы, *встѣхъ за паденіемъ былъ припадокъ*. При поступленіи въ госпиталь было найдено: выраженіе лица тупое, выбрація лицевыхъ мышцъ ослаблена, правый зрачекъ уже лѣваго, языкъ при высовываніи дрожалъ и отклонялся вправо, выговоръ словъ былъ затрудненъ, вслѣдствіе дрожанія губныхъ мышцъ и языка, мышцы конечностей тоже дрожали. Больной не ясно отвѣчалъ на вопросы, память и соображеніе были ослаблены. Во время пребыванія въ госпиталѣ у него наблюдалось постепенное ослабленіе умственныхъ способностей и рядъ эпилептоидныхъ припадковъ, во время которыхъ больной блѣднѣлъ, терялъ сознаніе и оставался неподвижнымъ въ теченіе нѣсколькихъ часовъ и вслѣдъ затѣмъ онъ впадалъ въ состояніе отупѣнія, не отвѣчалъ на вопросы, стоялъ неподвижно и самъ не принималъ нищи. Кругъ идей больного постепенно ограничивался, память слабѣла и больной впалъ въ состояніе полного паралитическаго слабоумія.

Въ этомъ случаѣ ушибъ головы сразу вызвалъ эпилептические припадки, болѣзнь протекала въ теченіи десяти лѣтъ и затѣмъ уже обнаружилия признаки умственнаго расстройства при переходѣ въ прогрессивный параличъ. Обращу вниманіе на самое свойство припадковъ, во время которыхъ больной блѣднѣлъ, терялъ сознаніе и оставался неподвижнымъ въ теченіи нѣсколькихъ часовъ. Они имѣли скорѣе типъ общихъ тоническихъ судорогъ, хотя при поврежденіи головы больше всего наблюдаются припадки съ клоническими судорогами. Припадки эти отличаются также и отъ тѣхъ, которые бываютъ при сифилитическомъ пораженіи мозга и характеризуются рядомъ клоническихъ и тоническихъ судорогъ съ преобладаніемъ въ одной изъ мышечныхъ группъ, такъ что имѣютъ характеръ Jackson'овской эпилепсін. Упоминаю о различіи этихъ припадковъ потому, что иногда сифилитическіе, эпилептические припадки могутъ быть приняты за припадки, вслѣдствіе контузіи. Можетъ случиться, что сифилитикъ, находясь на

службѣ, получить при паденіи незначительный ударъ въ голову, который самъ по себѣ неопасенъ, но у сифилитика могъ вызвать эпилептический припадокъ и затѣмъ легкое ослабленіе умственныхъ способностей, что дастъ ему право, съ теченіемъ времени, получить пенсію по сокращенному сроку, а затѣмъ, хлопотать о причисленіи его къ первому классу раненыхъ, такъ какъ болѣзнь произошла вслѣдствіе полученнаго имъ ушиба при отправленіи служебныхъ обязанностей.

Относительно времени появленія эпилептическихъ припадковъ вслѣдъ за ушибомъ Шюле<sup>1)</sup> говоритъ: „Иногда эпилепсія появляется очень скоро послѣ поврежденія, въ другихъ случаяхъ нуженъ промежутокъ въ нѣсколько лѣтъ, характеризующійся легкимъ или болѣе рѣзкимъ ослабленіемъ умственныхъ способностей, пока, наконецъ, отъ какой нибудь случайной причины не разовьется эпилептический психозъ“. Какъ мы увидимъ далѣе, эпилептическіе припадки, при поврежденіи головы, встрѣчаются довольно часто.

Причину ихъ слѣдуетъ искать въ мѣстномъ раздраженіи мозговой оболочки, прилегающей къ корковому веществу мозга, или же, какъ говоритъ Крафтъ-Эбингъ: „большею частію существуютъ проросшіе мозолистые рубцы на черепѣ и сращеніе мозговыхъ оболочекъ съ внутреннею поверхностью его“.

Посмотримъ теперь—какую роль играетъ наследственность въ дѣлѣ развитія мозговыхъ процессовъ вслѣдъ за поврежденіемъ головы.

## 11-е НАБЛЮДЕНІЕ.

Наслѣдственное предрасположеніе къ мозговымъ заболѣваніямъ, контузія головы съ явными признаками сотрясенія мозга, эпилептоидные продолжительные припадки, приступы неистовства; ослабленіе зрѣнія и гемипарезъ съ правой стороны, какъ явные признаки бывшей контузіи и сотрясенія мозга, послѣдовательное развитіе прогрессирующаго паралича.

Берейтеръ Н., 35 лѣтъ. Поступилъ въ госпиталь въ іюнѣ 1873 года. Онъ съ десяти лѣтнаго возраста часто страдалъ головными болями, отъ которыхъ однажды лежалъ безъ памяти. Отецъ его и пять сестеръ страдали нервными головными

<sup>1)</sup> Руководство къ душевнымъ болѣзнямъ, стр. 251.

болями, одинъ братъ умеръ отъ мозгового удара, вслѣдствіе спиртныхъ нанитковъ, другой братъ умеръ отъ умопомѣшательства, послѣдовавшаго вслѣдъ за сотрясеніемъ мозга при паденіи съ большой высоты.

Больной въ декабрѣ 1865 г. во время служебныхъ занятій, при выѣздкѣ молодой верховой лошади, въ манежѣ, прыгая черезъ барьеръ, упалъ вмѣстѣ съ лошадыю, при чемъ получилъ ушибъ головы, въ правой темянной области, сопровождавшійся сотрясеніемъ мозга, что выражалось потерей сознанія, рвотой, расширеніемъ зрачковъ и медленнымъ пульсомъ. Во время того же паденія онъ получилъ сильный ушибъ лѣвой голени съ подкожными кровоизліяніями на всей поверхности больше-берцовой кости. Хотя признаки сотрясенія мозга скоро прошли, но больной продолжалъ жаловаться на головныя боли и, черезъ три недѣли послѣ паденія, у него развились припадки умопомѣшательства и буйнаго бреда съ послѣдовательнымъ угнетеніемъ въ психической сферѣ, отъ которыхъ онъ пользовался въ теченіи семи мѣсяцевъ въ Царскосельскомъ госпиталѣ и въ частномъ заведеніи для умалишенныхъ д-ра Гейкинга. Въ теченіи 1871 г. постоянныя головныя боли сопровождались частыми обмороками и крайнимъ упадкомъ силъ, отъ чего онъ пользовался въ теченіи трехъ мѣсяцевъ. Въ 1872 г. появились клоническія судороги съ временнымъ угнетеніемъ умственныхъ способностей, продолжавшимся въ теченіи четырехъ мѣсяцевъ. Въ маѣ 1873 г. у него появился припадокъ сопровождавшійся клоническими судорогами въ лицѣ, конечностяхъ и потерей сознанія, продолжавшейся въ теченіи семи дней, при небольшихъ промежуткахъ, и затѣмъ развилось умопомѣшательство, вслѣдствіе чего онъ и былъ доставленъ въ Николаевскій военный госпиталь.

Во время пребыванія его тамъ, — въ теченіи семи мѣсяцевъ, — онъ находился въ возбужденномъ состояніи: дрался, плясалъ, валялся на полу, командовалъ, училъ держаться на лошади и проч. Всѣ стѣны въ корридорѣ исчеркалъ спичками, собиралъ мусоръ и пачкалъ имъ себѣ лицо, всматривался въ уголь, выгоняя кого-то и грозя убить. Съ 1 февраля 1874 г. онъ сталъ постепенно успокаиваться и въ апрѣлѣ онъ чувствовалъ себя хорошо, былъ веселъ, но читать не могъ, вслѣдствіе тупости и неясности въ мысляхъ. При этомъ онъ жаловался на *летающія черныя мушки въ глазахъ* и на чувство слабости во всей правой половинѣ тѣла. При изслѣдованіи его было найдено: отъ роду ему 35 лѣтъ, тѣлосложе-

нія крѣпкаго, роста высокаго. Зрачки неравномѣрно реагировали на свѣтъ, правый былъ шире лѣваго, *зрѣніе на правый глазъ ослаблено*, языкъ при высовываніи нѣсколько уклонялся въ правую сторону, слухъ на правое ухо былъ притупленъ, движенія въ правой рукѣ и ногѣ были ослаблены. При хожденіи больной чувствовалъ тяжесть и неловкость въ правой ногѣ, чувствительность кожи во всей правой половинѣ была притуплена. Въ состояніи внутреннихъ органовъ ничего ненормальнаго не было найдено. Больной былъ спокоенъ, находился въ сознаніи и потому 24 апрѣля 74 г. былъ выписанъ изъ госпиталя на попеченіе его жены.

Здѣсь мы находимъ большую наслѣдственную подготовку; больной съ дѣтства страдалъ головными болями, доводившими его до безпамятства. На 27 году получилъ ударъ въ правую темянную область, при паденіи съ лошади, съ сильнымъ сотрясеніемъ мозга. Отъ ушиба онъ скоро поправился, но чрезъ три недѣли у него появилось умственное расстройство въ аффективной формѣ, которое хотя и прошло, но оставило послѣ себя головныя боли, часто сопровождаемыя обмороками, упадкомъ силъ, а чрезъ шесть лѣтъ появились клоническія судороги въ лицѣ, конечностяхъ, съ временной потерей сознанія и затѣмъ уже послѣдовала полная картина травматическаго прогрессивнаго паралича.

Наслѣдственность какъ-будто содѣйствовала болѣе скорому развитію умопомѣшательства и притомъ въ началѣ она имѣла вліяніе на чувственную сторону больного и затѣмъ уже, почти чрезъ семь лѣтъ, обнаружилась въ двигательной сферѣ явленіями прогрессивнаго паралича съ наклонностію къ локализациі процесса въ правой темянной области, вслѣдствіе чего у больного наблюдался гемипарезъ съ правой стороны съ притупленіемъ чувствительности кожи и слабости зрѣнія на той-же сторонѣ.

## 12-е НАБЛЮДЕНІЕ.

Наслѣдственное предрасположеніе, сифилисъ, неоднократный ушибъ головы, развитіе психическаго расстройства во вѣкъ за послѣднимъ ушибомъ головы, приступы мрачнаго помѣшательства съ переходомъ въ слабоуміе.

Г. В., 46 лѣтъ, женатъ, поступилъ въ госпиталь въ сентябрѣ 1881 г. Правильнаго и плотнаго сложенія. Въ физи-

ческомъ состояніи больного ничего особеннаго не наблюдается. Онъ говорилъ что въ теченіи жизни неоднократно падалъ; послѣдній разъ, находясь въ Ливадіи въ 1876 г., онъ упалъ съ крутой горы и поднятъ былъ въ безчувственномъ состояніи. При паденіи ушибъ темя и правую ключицу. Вначалѣ его пользовалъ проф. Боткинъ, а потомъ, въ 78 году онъ былъ посланъ на 3 мѣсяца въ Соденъ. По временамъ, казалось, болѣзнь проходила, но затѣмъ вновь усиливалась и къ упорной головной боли присоединились приливы крови къ головѣ. Находясь въ такомъ состояніи, онъ не помнилъ, что говорилъ и что дѣлалъ. Головная боль сосредоточивалась преимущественно въ правой темянной кости. Находясь въ отдѣленіи душевно-больныхъ, онъ сомнѣвался во всемъ чтобы онъ ни задумалъ, часто плакалъ безъ всякой причины, говорилъ, что онъ ни куда не годенъ и ни на что не способенъ, въ движеніяхъ его выражалась боязнь.

Расположеніе духа преобладало мрачное. Жаловался на тоску, высказывалъ идеи преслѣдованія, подозрѣвалъ свою жену въ невѣрности и проч. Подъ вліяніемъ такихъ нелѣпныхъ идей, больной по временамъ становился безпокойнымъ, ходилъ по комнатѣ, изъ угла въ уголъ, снималъ съ себя одежду, даже бѣлье. Въ то же время онъ дурно спалъ, отказывался отъ пищи и готовился къ смерти. Ничего не могъ читать, даже газеты его волновали и вызывали слезы. Прогулка на свѣжемъ воздухѣ и видъ прекрасныхъ окрестностей его нѣсколько успокаивали, но ненадолго. Въ такомъ состояніи онъ находился до дня выписки (22 мая 82 г.); у него наблюдалась неравномѣрность зрачковъ, *лѣвый былъ значительно шире правого*, языкъ при высовываніи дрожалъ и отклонялся вправо, выговоръ словъ былъ медленный; рѣчь по временамъ прерывалась, больной какъ-бы затруднялся прибрать слова для выраженія своей мысли; память относительно настоящаго была ослаблена, онъ постоянно жаловался на головную боль.

Больной велъ правильный образъ жизни, спиртнымъ напиткамъ не предавался. Сестра больного страдала умственнымъ разстройствомъ. До 1874 года у него былъ нѣсколько разъ сифилисъ.

Въ этомъ случаѣ мы видимъ картину полного уопомѣшательства съ рѣзко выраженными паралитическими явленіями, уже спустя 5 лѣтъ послѣ полученнаго имъ послѣдняго, сильнаго поврежденія головы. У больного почти сразу послѣ ушиба появилась мѣстная головная боль, въ правой темянной обла-

сти, не прекращавшаяся въ теченіи четырехъ лѣтъ и въ послѣднее время доводившая его до безпамятства. Къ этому присоединилось мрачное настроеніе духа; онъ сталъ всѣхъ подозрѣвать, ему казалось, что его преслѣдуютъ; онъ отказывался отъ пищи и готовился къ смерти.

Къ концу шестого года у него уже обнаружались параличскіе симптомы. Здѣсь хотя и было сильное наследственное предрасположеніе, но параличъ развился не сразу, спустя пять лѣтъ и ему предшествовало мрачное умопомѣшательство, такъ что и въ этомъ случаѣ впередъ было заболѣваніе въ сферѣ чувства и потомъ уже развился параличъ.

### 13-е НАБЛЮДЕНІЕ.

Наслѣдственное предрасположеніе, онанизмъ, ударъ въ голову, появленіе эпилептоидныхъ припадковъ, мрачное помѣшательство, выздоровленіе.

Г. Р., 20 лѣтъ; сестра больного страдала кратковременнымъ умопомѣшательствомъ; спиртныхъ напитковъ не употреблялъ, занимался онанизмомъ, къ женщинамъ имѣлъ отвращеніе. Въ 1869 г. больной получилъ ударъ въ голову камнемъ, послѣ чего сталъ чувствовать, что у него въ головѣ что-то переливается. Послѣ отказа въ переводѣ, по службѣ, у него стала замѣчаться переѣзна въ характерѣ и появились припадки, сходные съ падучей болѣзнью; такъ, у него наблюдались: клоническія судороги во всемъ тѣлѣ съ полною потерю сознанія, пѣной у рта и послѣдовательнымъ сонливымъ состояніемъ. Вслѣдствіе этихъ припадковъ 4-го іюня 1870 г. онъ былъ препровожденъ въ Рижскій военный госпиталь. Находясь тамъ, онъ жаловался на приступы головокруженія и головной боли, припадки эпилептическихъ судорогъ не повторялись, точно также не было и признаковъ умственного расстройства и 28-го сентября онъ былъ выписанъ. 17-го декабря 1871 г. онъ поступилъ въ Петербургскій Николаевскій военный госпиталь, въ состояніи умопомѣшательства. Онъ уединялся, не отвѣчалъ на вопросы, ѣлъ не охотно и украдкой, большую часть дня лежалъ въ постели, по временамъ появлялись эпилептическіе припадки. Въ концѣ февраля 1872 г. психическое его состояніе стало улучшаться, онъ сдѣлался болѣе подвижнымъ, самъ принималъ пищу, шопотомъ произносилъ



нѣкоторыя слова, затѣмъ онъ дѣлался все болѣе и болѣе подвижнымъ и сталъ разговаривать со всѣми. 16-го марта, былъ выписанъ изъ госпиталя здоровымъ.

Въ этомъ случаѣ ушибъ головы сочетался съ наследственнымъ предрасположеніемъ и съ болѣе благопріятнымъ исходомъ. Молодой человекъ (20 лѣтъ), въ 1869 г. получилъ ударъ въ голову, послѣ чего онъ сталъ чувствовать, что у него въ головѣ что-то переливается. Неудовольствія по службѣ ухудшили его психическое состояніе, и, вѣроятно, подъ вліяніемъ приливовъ крови къ головѣ, стали появляться эпилептическіе припадки. Спустя два года у него развился полный приступъ иррациональнаго помѣшательства, который продолжался около трехъ мѣсяцевъ. Болѣзнь кончилась полнымъ выздоровленіемъ.

Замѣчательно, что такой же кратковременный приступъ умопомѣшательства былъ у его сестры. Ушибъ головы, въ данномъ случаѣ, послужилъ какъ-бы толчкомъ къ развитію кратковременнаго помѣшательства, что обуславливалось, повидимому, наследственнымъ вліяніемъ. Шюле <sup>1)</sup> въ своемъ руководствѣ называетъ такіе психозы, *церебро-психозами*, т. е. такими, въ которыхъ психозъ соединенъ съ органическимъ поврежденіемъ мозга. Названіе это, повидимому, можетъ имѣть только относительное значеніе; такъ наприимѣръ въ послѣднемъ случаѣ было выздоровленіе и психозъ могъ появиться безъ органическаго страданія мозга единственно только въ силу наследственнаго предрасположенія. Нуженъ былъ незначительный толчекъ, чтобы нарушить обыкновенное состояніе психическаго равновѣсія, почва была уже подготовлена и ударъ послужилъ стимуломъ для воздѣйствія на вазомоторную систему. Съ теченіемъ времени циркуляція крови въ мозгу возстановилась и больной выздоровѣлъ, что врядъ-ли могло-бы случиться при органическомъ страданіи мозга. Итакъ, наследственность не играетъ существенной роли въ дѣлѣ поврежденія головы, но можетъ имѣть побочное вліяніе.

<sup>1)</sup> Op. cit., стр. 520.

## II.

Въ эту группу преимущественно входятъ тѣ исторіи болѣзней, которыя осложнялись сифилисомъ и алкоголизмомъ.

## 14-е НАБЛЮДЕНІЕ.

Г. Б., 34 лѣтъ, холостъ. наследственнаго предрасположенія къ мозговымъ заболѣваніямъ не имѣетъ. 17 августа 1877 г., находясь подъ Шинкой, былъ раненъ и контуженъ въ голову, послѣ чего у него на лбу остался рубецъ; его въ безпамятствѣ вынесли съ поля сраженія, онъ поправился и служилъ до 1882 г. Въ этомъ году онъ заболѣлъ сифилисомъ,—у него была на шеѣ язва, потомъ *roseola* и *papula*. Послѣ предпринятаго имъ тщательнаго противу-сифилитическаго леченія, у него прошли всѣ сифилитическія явленія и онъ тщательно слѣдилъ за своимъ здоровьемъ. Но временамъ у него стала появляться головная боль на мѣстѣ бывшей контузіи; затѣмъ у него появилась слабость зрѣнія, онъ легко утомился при чтеніи и буквы ему представлялись не ясными; въ тоже время появился *ptosis* лѣваго верхняго вѣка,—но все это постепенно прошло и до апрѣля 1890 г. Б. чувствовалъ себя относительно здоровымъ. Съ этого-же времени у Б. внезапно стали обнаруживаться признаки безпокойнаго состоянія, во время которыхъ онъ затѣвалъ ссоры и производилъ безпорядки въ общественныхъ мѣстахъ, вслѣдствіе чего и былъ доставленъ въ Гродненскій мѣстный лазаретъ, а 13 мая 90 г. препровожденъ въ С.-Петербургскій Николаевскій военный госпиталь. При изслѣдованіи его было найдено: Б. средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, блѣдный,—анемичный съ вялыми наружными покровами. Форма черепа правильная, на лбу, надъ правымъ глазомъ рубецъ въ 2 сант. Лицо слегка скошено влѣво, губныя мышцы дрожали. *Правый зрачекъ былъ уже лѣвымъ*, зрачки реагировали на свѣтъ и аккомодировали вдаль. Языкъ слегка дрожалъ. Выговоръ словъ былъ значительно затрудненъ, больной запинался на слогахъ и не ясно произносилъ многія слова. Почеркъ былъ неправильный, дрожащій. Мышечная сила сохранена. Чувствительность кожи нормальна, кожный рефлексъ повышенъ. Изъ объективныхъ признаковъ сифилиса, кромѣ припухлости шейныхъ лимфатическихъ железъ, особеннаго ничего не найдено. Пульсъ 84 удара въ 1',

средній. — тоны сердца ясны. Состояніе прочихъ внутреннихъ органовъ ничего особеннаго не представляло. На слабость зрѣнія больной не жаловался, чувствовалъ себя хорошо, память и соображеніе были сильно ослаблены.

Въ этомъ случаѣ мы видимъ, что больной въ 77 г. былъ контуженъ въ голову, послѣ чего у него остался рубецъ надъ правымъ глазомъ и онъ съ поля сраженія былъ доставленъ въ безпамятствѣ, вѣроятно вслѣдствіе, сотрясенія мозга. Больной поправился и до 82 г. былъ совершенно здоровъ; въ этомъ году заболѣлъ сифилисомъ и предпринялъ самое строгое противусифилитическое леченіе. Сифилисъ, по видимому, прошолъ, но вотъ появляется головная боль на мѣстѣ ушиба, какъ въ *locus minoris resistentiae*, затѣмъ слабость зрѣнія, *ptosis* лѣваго верхняго вѣка; всѣ эти симптомы указывали на сифилитическое пораженіе мозга, но они мало по малу миновали и до апрѣля 90 г. онъ былъ здоровъ. Съ этого времени у него внезапно стали обнаруживаться припадки безпокойства и возбужденнаго состоянія, а затѣмъ, когда 4 мая, того же года, онъ былъ доставленъ въ госпиталь, то уже были найдены рѣзкіе паралитическіе симптомы, какъ-то: неравномѣрность зрачковъ, дрожаніе языка, затрудненный выговоръ словъ и проч. Изъ объективныхъ признаковъ сифилиса наблюдалось только припуханіе шейныхъ лимфитическихъ железъ. Такимъ образомъ мы видимъ, что вначалѣ у больного была контузія, которая на первое время благополучно миновала, но полученный вслѣдъ за тѣмъ сифилисъ вызвалъ мозговые припадки, обострилъ бывшій уже у него прежде лаколизированный процессъ и привелъ его къ прогрессивному сифилитическому параличу.

### 15-е НАБЛЮДЕНІЕ.

Г. П., 30 лѣтъ, женатъ, имѣетъ одного ребенка. Поступилъ въ госпиталь въ мартѣ 1890 г. Имѣлъ сифилисъ; за годъ до поступленія въ госпиталь обнаружился парезъ съ правой стороны, ослабленіе памяти и зрѣнія. До развитія настоящей болѣзни больной *получилъ два удара въ голову и хотя вслѣдъ за ушибомъ сознаніе не потерялъ, но не могъ встать безъ посторонней помощи.* Въ февралѣ 1889 г. у него появилась сильная головная боль и чувство замиранія

въ конечностяхъ сперва съ лѣвой стороны, а потомъ съ правой. Потомъ появился парезъ конечностей съ лѣвой стороны и сильныя головныя боли. Все это постепенно прошло къ августу, того же года, кромѣ незначительной головной боли. Въ сентябрѣ головная боль усилилась, появилась бессонница и бредъ. Ему казалось, что предъ нимъ проходятъ генералы, чиновники, купцы и проч., всѣ они подходили къ нему и раскланивались; то представлялась ему жена въ бальномъ платьѣ и вся въ крови, то видѣлъ трупы и слышалъ голосъ: „тебя хоронятъ“. Галлюцинаціямъ зрѣнія предшествовало ко-соглазіе, двойное зрѣніе, фиксированныя галлюцинаціи; такъ, лишь-только онъ закроетъ глаза, какъ съ правой стороны ему представлялся шаръ, а съ лѣвой четыре полосы. Въ октябрѣ стала постепенно развиваться глухота на правое ухо. При постоянной головной боли, шумъ и звонъ въ ушахъ и галлюцинаціяхъ, больной сталъ по временамъ впадать въ безпамятство. Съ января 1890 г. галлюцинаціи стали уменьшаться и къ марту того же года прекратились. Зрѣніе вполнѣ исчезло и появилась глухота на правое ухо.

Доставленный въ госпиталь, онъ находился въ слѣдующемъ состояніи: больной былъ средняго роста, правильнаго тѣлосложенія. Лицо слегка было скошено влѣво, лицевыя складки съ лѣвой стороны выдавались болѣе рѣзко; вибрація лицевыхъ мышцъ съ правой стороны была слегка ослаблена. Зрачки были расширены, на свѣтъ почти не реагировали. Слухъ на правое ухо отсутствовалъ. Движеніе конечностей и ихъ мышечная сила были нормальны. Чувствительность кожи сохранена; сухожильные рефлексы слегка повышены. Состояніе внутреннихъ органовъ ничего особеннаго не представляло. Больной жаловался на упорную головную боль въ вискахъ и въ затылочной области. Въ психическомъ состояніи больного ничего ненормальнаго не наблюдалось, такъ что онъ былъ переведенъ въ общее офицерское отдѣленіе.

Больной, до появленія сифилитическихъ мозговыхъ припадковъ, получаетъ два удара въ голову и хотя послѣ нихъ сознанія не терялъ, но не могъ вставать безъ посторонней помощи. За годъ до поступленія въ госпиталь у него появились сильныя головныя боли и чувство замиранія въ конечностяхъ сперва съ лѣвой, а потомъ и съ правой стороны, затѣмъ парезъ на лѣвой сторонѣ. Всѣ эти болѣзненные симптомы въ теченіи шести мѣсяцевъ постепенно прошли, осталась только легкая головная боль, но затѣмъ она вновь обостри-

лась, появилась бессонница, бредъ, безпокойство, сильныя галлюцинаціи слуха и зрѣнія. Последнему предшествовало косо-глазіе, двойное зрѣніе и фиксированныя галлюцинаціи. Словомъ, все представляло полную картину гипереміи мозговыхъ оболочекъ съ гиперестезіею въ органахъ внѣшнихъ чувствъ, преимущественно зрѣнія; вскорѣ присоединилась глухота на правое ухо. Такое состояніе продолжалось въ теченіи пяти мѣсяцевъ, затѣмъ больной пришолъ вполнѣ въ сознаніе, галлюцинаціи и головныя боли прекратились, но зрѣніе вполнѣ исчезло и появилась глухота на правое ухо. При поступленіи въ госпиталь, больной былъ въ полномъ сознаніи, въ психическомъ состояніи ничего ненормального не наблюдалось, а въ физическомъ, легкій парезъ въ лицѣ съ правой стороны, полная атрофія зрительныхъ нервовъ и глухота на правое ухо. Движеніе въ конечностяхъ было вполнѣ свободно, чувствительность кожи нормальна. Такъ какъ больной не представлялъ ничего особеннаго въ психическомъ состояніи, то и былъ переведенъ въ общее офицерское отдѣленіе.

И такъ, въ этомъ случаѣ мы видимъ, что вслѣдъ за полученнымъ ушибомъ головы, на сифилитической почвѣ послѣдовало мѣстное страданіе. Процессъ, по всей вѣроятности, въ формѣ мѣстнаго кровоизліянія сосредоточивался въ правомъ мозговомъ полушаріи на границѣ зрительнаго бугра съ полосатымъ тѣломъ; затѣмъ, когда реакція воспалительнаго процесса уменьшилась, наступило всасываніе и мозговая функція возстановилась, но послѣдовала атрофія зрительныхъ нервовъ. Больной и въ настоящее время въ полномъ сознаніи, чувствуетъ себя хорошо, но не можетъ ходить одинъ.

## 16-е НАБЛЮДЕНІЕ.

Г. Д., 34 лѣтъ, холостъ, поступилъ въ госпиталь въ апрѣлѣ 1890 г. Предрасположенія къ нервнымъ болѣзнямъ не имѣлъ, но временамъ злоупотреблялъ спиртными напитками. За десять лѣтъ до поступленія въ госпиталь пользовался у проф. Тарновскаго отъ сифилиса ртутными втираніями и принималъ іодистый калий; болѣзнь обнаруживалась язвами на дѣтородномъ членѣ и сыпью. Въ 1882 г. пользовался въ Пятигорскѣ сѣрными ваннами. Въ январѣ 1890 г. онъ отправился въ г. Кутансъ моремъ, дорогой онъ упалъ въ трюмъ, ушибъ голову, преимущественно съ правой стороны. По прибытіи въ г. Кутансъ пролежалъ въ госпиталѣ около двухъ недѣль,

\*

затѣмъ отправился въ г. Одессу и 27 марта поступилъ въ Одесскій госпиталь въ слѣдующемъ состояніи: онъ былъ умѣреннаго тѣлосложенія, хорошо упитанъ, его костная и мышечная система были развиты правильно. На лѣвой *tibiae*, спереди была шероховатость, на правой вверху и снаружи была опухоль, кругловатой формы, величиною въ лѣсной орѣхъ. У корня дѣтороднаго члена съ лѣвой стороны, въ кожѣ и подкожной кѣтчаткѣ, прощупывалась опухоль, плотной консистенціи, шаровидной формы, величиною съ небольшой лѣсной орѣхъ. Въ органахъ грудной и брюшной полости особеннаго ничего не замѣчалось. Умственные способности были совершенно ослаблены, а память потеряна, онъ даже не зналъ номера полка въ которомъ служилъ. Лѣвая половина лица была парализована, зрачки равномерны, но слегка сужены, на свѣтъ реагировали слабо. На правой соединительной оболочкѣ глаза кровоподтекъ, кожа въ окрестности глаза была синевато-краснаго цвѣта. Языкъ при высовываніи дрожалъ и кончикъ его отклонялся вправо. Движеніе въ лѣвой верхней конечности затруднено. Походка была табетическая, лѣвая нога при ходѣ немного волочилась, ходилъ съ закрытыми глазами, сильно шатаясь. Коленный рефлексъ былъ повышенъ; мышечные рефлексы ослаблены. Онъ жаловался на головокруженіе, головную боль, временное потемненіе въ глазахъ и слабость въ ногахъ. 25-го апрѣля, того же года онъ прибылъ въ С.-Петербургскій Николаевскій военный госпиталь. При объективномъ изслѣдованіи было найдено тоже самое, что и прежде. При поступленіи онъ находился въ бреду, ничего не помнилъ. Въ теченіи семи дней бредъ прошолъ, память возстановилась значительно и онъ былъ переведенъ въ клиническій госпиталь.

Въ этомъ случаѣ, точно также, ушибъ головы при паденіи быстро вызвалъ у сифилитика мозговой процессъ, больной задолго до паденія пользовался у проф. Тарновскаго. Вслѣдъ за паденіемъ у него появилась потеря сознанія, бредъ и затѣмъ паралитическіе симптомы.

### 17-е НАБЛЮДЕНІЕ.

Г. К., 37 лѣтъ, холостъ, наследственнаго предрасположенія къ мозговымъ болѣзнямъ не имѣлъ. Поступилъ въ госпиталь первый разъ въ мартѣ 1889 г. Въ 1877 г. былъ бо-

лень сифилисомъ, отъ котораго лечился въ теченіе года. Въ іюлѣ 1888 г., во время ученія, его понесла лошадь, онъ упалъ, лѣвая нога осталась въ стремени, а юлова ударила о землю; когда оборвался сапогъ, то онъ былъ поднятъ въ безчувственномъ состояніи и отнесенъ домой. Послѣ этого въ теченіе мѣсяца, онъ пользовался отъ сильной головной боли въ затылочной области, при этомъ у него было растяженіе въ области лѣваго голенно-стопнаго сочлененія. Поступивъ въ госпиталь, онъ тоже продолжалъ жаловаться на головную боль и пробывъ около мѣсяца выписался на службу, — но головная боль не прекращалась и побудила его въ мартѣ 1889 г. поступить вторично въ Николаевскій госпиталь, гдѣ онъ былъ найденъ въ слѣдующемъ состояніи: больной былъ правильнаго тѣлосложенія, на кожѣ лѣвой голени и въ другихъ мѣстахъ находились круглые рубцы, отъ бывшихъ сифилитическихъ язвъ. Вибрація лицевыхъ мышцъ съ правой стороны была слегка ослаблена, правый зрачекъ былъ уже лѣваго; зрачки реагировали на свѣтъ и аккомодировали въ даль. Органы внѣшнихъ чувствъ были нормальны. Выговоръ словъ слегка затрудненъ. Походка шаткая, съ закрытыми глазами стоять не могъ. Сухожильные рефлексъ были слегка повышены. Въ состояніи внутреннихъ органовъ ненормальныхъ явленій не наблюдалось. Память прошедшаго была сохранена, настоящаго сильно ослаблена. Находясь въ отдѣленіи, онъ требовалъ себѣ халатъ съ красной подкладкой, по ночамъ пѣлъ, не обращая вниманія на присутствіе больныхъ и обижался когда его просили прекратить пѣніе. 12-го апрѣля онъ былъ выписанъ на попеченіе жены, а въ мартѣ 1890 года вновь поступилъ въ госпиталь, съ еще болѣе рѣзкими паралитическими явленіями. Губныя мышцы сильно дрожали, языкъ при высовываніи тоже сильно дрожалъ, говорилъ съ трудомъ. Конечности дрожали, походка была шаткая, на поворотахъ падалъ. Память и соображеніе больного еще болѣе ослабѣли, онъ высказывалъ бессмысленный бредъ величія. Общія паралитическія явленія постепенно усиливались, кругъ идей ограничивался и онъ постепенно дошелъ до полнаго безсознательнаго состоянія.

---

Спустя одиннадцать лѣтъ по зараженіи сифилисомъ, больной падаетъ съ лошади и ушибаетъ затылочную кость, у него развивается мѣстная головная боль, которая черезъ семь мѣсяцевъ послѣ ушиба заставляетъ его поступить въ госпи-

таль, гдѣ у него уже наблюдаются слабыя паралитическія явленія, какъ-то: ослабленіе вибраціи лицевыхъ мышцъ справа, неравномѣрность зрачковъ, неровность походки и пр., психическое состояніе постепенно ухудшалось и спустя годъ онъ уже былъ вполне слабоумнымъ. Такимъ образомъ вся болѣзнь имѣла видъ травматическаго прогрессивнаго паралича и сифилисъ повидимому въ ней мало принималъ участія.

### 18-е НАБЛЮДЕНІЕ.

Г. Б. 35 лѣтъ. Наслѣдственности не было, на 24 году у него былъ сифилисъ, твердый шанкръ и сыпь. На 28 году онъ былъ раненъ при разрывѣ гранаты, его въ безпамятствѣ доставили на перевязочный пунктъ и при изслѣдованіи оказалась раздробленною кость верхней челюсти съ лѣвой стороны, было выбито три переднихъ рѣзца повреждена скуловая кость и лобная, въ нижней ея части надъ глазницей, съ дефектомъ въ 2 сент., все съ той же лѣвой стороны. Кровонизліяніе въ сѣтчатку лѣваго глаза. Б. выздоровѣлъ, отъ полученныхъ ранъ, но остались рубцы на мѣстахъ поврежденій и полное отсутствіе зрѣнія на лѣвый глазъ. Осталась мѣстная головная боль въ формѣ мигрени, во время которой онъ удивлялся, искалъ покоя, — шумъ и свѣтъ усиливали головную боль. Эти приступы были настолько рѣдки и такъ мало беспокоили больного, что онъ женился. У жены его было два выкидыша, а третій ребенокъ родился настолько слабымъ, что онъ вскорѣ умеръ.

Въ теченіи шести лѣтъ онъ прожилъ спокойно, но затѣмъ вдругъ обнаруживаются мозговые припадки. При сильной мѣстной головной боли, появилась бессонница, возбужденное состояніе, рядъ безмысленныхъ поступковъ, затрудненная рѣчь, дрожаніе въ конечностяхъ. Хотя въ теченіи шести мѣсяцевъ всѣ эти явленія ослабѣли, но было замѣтно рѣзкое ослабленіе умственныхъ способностей, онъ сдѣлался вялымъ, апатичнымъ, ничѣмъ не интересовался, съ трудомъ могъ исполнять механическую работу, забывалъ, что онъ говорилъ и что дѣлалъ. Словомъ его болѣзнь приняла форму прогрессивнаго паралича, но съ медленнымъ теченіемъ.

При переосвидѣтельствovanіи, онъ былъ причисленъ къ 1-му классу комитета раненыхъ.



Казалось-бы, что въ этомъ случаѣ у больного могло развиваться мѣстное страданіе мозговой оболочки, вслѣдствіе бывшаго у него сифилиса, такъ-какъ болѣзнь развилась не сразу послѣ контузіи, а черезъ шесть лѣтъ и притомъ у жены его былъ выкидышъ; но, принимая во вниманіе, что онъ былъ доставленъ въ безсознательномъ состояніи, какъ это было отмѣчено въ свидѣтельствѣ, съ перевязочнаго пункта, что у него дефектъ лобной кости и кровоизліяніе въ сѣтчатку лѣваго глаза, можно было вполне основательно предположить, что у него былъ ушибъ головы, соединенный съ сотрясеніемъ мозга, который черезъ шесть лѣтъ вызвалъ параличъ; сифилисъ же, само по себѣ, могъ только ускорить разъ уже начавшійся мѣстный мозговой процессъ и потому, при переосвидѣтельствovanіи, больной былъ причисленъ къ 1-му классу комитета раненныхъ. Таковы бывають разнообразныя проявленія сифилиса при поврежденіи головы; причемъ нужно замѣтить относительно предсказанія, что тамъ, гдѣ участвуетъ сифилисъ и гдѣ онъ выступаетъ на первый планъ, можно надѣяться на болѣе благопріятное теченіе болѣзни; тамъ же, гдѣ было сильное сотрясеніе мозга и гдѣ вскорѣ уже обнаружались мозговые припадкы, можно ожидать быстрого неблагопріятнаго исхода, вслѣдствіе травматическаго прогрессивнаго паралича.

Все, что было сказано до сихъ поръ, можно резюмировать въ слѣдующемъ:

1. При поврежденіи головы нужно различать ушибъ отъ сотрясенія мозга; первый не ведетъ къ такимъ неблагопріятнымъ послѣдствіямъ, какъ второй; чѣмъ сильнѣе сотрясеніе мозга, тѣмъ быстрѣе развивается параличъ.

2. Сотрясеніе мозга въ раннемъ возрастѣ переносится, по видимому, легче, чѣмъ въ болѣе пожиломъ.

3. Картина психическаго расстройства при поврежденіяхъ головы не имѣетъ какой-либо типической формы; проявленіе ея весьма разнообразно, что зависитъ отъ индивидуальныхъ условій, наслѣдственности, предшествовавшихъ заболѣваній сифилисомъ, алкоголизма и др. болѣзней.

4. Способъ, которымъ наносится поврежденіе, не имѣетъ особеннаго значенія, т. е. былъ ли ударъ тупымъ орудіемъ, или ушибъ при паденіи, и пр. Все главнымъ образомъ зависитъ отъ степени сотрясенія мозга.

5. Наслѣдственность не играетъ такой существенной роли, какъ алкоголизмъ, или сифилисъ—она только способствуетъ къ развитію психоза, но не обуславливаетъ неблагопріятнаго исхода болѣзни.

6. Сифилисъ мозга значительно маскируетъ травматическія поврежденія головы и его проявленія легко принять за травматическій прогрессивный параличъ; на теченіе болѣзни онъ не оказываетъ существеннаго вліянія, если предпринято строгое противусифилитическое леченіе.

7. Прогрессивный травматическій параличъ часто развивается медленно и незамѣтно для окружающихъ безъ рѣзкихъ явленій, вслѣдъ за полученнымъ поврежденіемъ.

8. Мозговые явленія развиваются или сразу, вслѣдъ за полученнымъ поврежденіемъ, или спустя нѣкоторое время, даже нѣсколько лѣтъ, что зависитъ отъ возраста больного, его органическаго предрасположенія, предшествовавшихъ болѣзней и пр.

**Значеніе контузіи головы при оцѣнкѣ вліянія ея на организмъ для опредѣленія трудоспособности потерпѣвшаго.**

Хотя такое значеніе контузіи головы и не имѣетъ непосредственнаго отношенія къ предмету настоящаго изслѣдованія, но, тѣмъ не менѣе, я нахожу необходимымъ упомянуть объ этомъ, такъ какъ на судѣ часто возникаетъ вопросъ о поврежденіи головы.

Очень часто предъявляютъ искъ въ судѣ о вознагражденіи за различнаго рода поврежденія, получаемыя на фабрикахъ или заводахъ, спустя годъ и болѣе со дня полученнаго поврежденія, когда слѣды уже значительно изгладились и оцѣнка поврежденія, относительно общаго благосостоянія, становится затруднительной <sup>1)</sup>. Тамъ, гдѣ дѣло касается поврежденія конечностей или туловища, это еще не представляетъ труда, такъ какъ объективныя измѣненія на лицо,—но совсѣмъ другое бываетъ при раненіяхъ и ушибахъ головы. О многихъ симптомахъ приходится судить по словамъ потерпѣвшаго и потому весьма легко ошибиться. Не менѣе представляется затрудненій и тамъ, гдѣ полученный субъектомъ ударъ оказывается на алкоголической, или сифилитической почвѣ, или-же у него было прежде какое либо страданіе внутреннихъ органовъ,—тутъ то и представляется трудность отличить дѣйствительную причину мозговаго страданія отъ вымышленной, указать на дѣйствительное значеніе контузіи и опредѣлить дальнѣйшія ея по-

<sup>1)</sup> Причина та, что заводъ или фабрика удаляютъ потерпѣвшаго рабочаго чрезъ годъ послѣ полученнаго поврежденія.

слѣдствія. Все это потребуетъ отъ эксперта большой опытности и знанія. Мы видѣли изъ предшествовавшихъ случаевъ, какъ причудливы бываютъ болѣзненные явленія развивающіяся вслѣдствіе травматическаго поврежденія головы; что они то развиваются вдругъ и имѣютъ очевидную связь съ поврежденіемъ, то медленно, спустя годъ и болѣе, смотря по состоянію организма больного и тѣхъ условій, при которыхъ было получено поврежденіе. Мы видѣли также, что въ одномъ случаѣ, вслѣдъ за паденіемъ, при незначительномъ поврежденіи головы, сразу появился эпилептический припадокъ, въ другомъ припадокъ появился чрезъ шесть лѣтъ. Такимъ образомъ, устанавливать съ медицинской точки норму до какого времени имѣть право потерпѣвшій предъявлять искъ въ судъ—опредѣлить очень трудно. Затѣмъ, самые симптомы болѣзни не всегда уловимы для діагноза, при экспертизѣ въ судѣ; иногда не наблюдается рѣзкихъ измѣненій со стороны органовъ внѣшнихъ чувствъ,—не бываетъ ни слабости зрѣнія, ни глухоты, ни потери чувствительности, а потерпѣвшій жалуется только на шумъ въ ушахъ, или въ головѣ, который можетъ быть и дѣйствительнымъ, какъ мы это видѣли во 2 случаѣ, а можетъ быть и вымышленнымъ. Экспертъ въ такихъ случаяхъ можетъ быть поставленъ въ весьма затруднительное положеніе; ему придется высказывать свое мнѣніе, на основаніи кратковременнаго и не точнаго изслѣдованія, безъ надлежащихъ предварительныхъ свѣдѣній. Очевидно, тутъ ошибка возможна и легко заподозрить притворство тамъ, гдѣ существуетъ дѣйствительная болѣзнь. Подобныхъ испытуемыхъ слѣдовало бы отсылать въ больницу для изслѣдованія; тамъ врачъ имѣетъ полную возможность подробно наблюдать состояніе здоровья и высказаться съ большею увѣренностію.

Какъ мы видѣли, существенныя измѣненія въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни при контузій головы, бываютъ со стороны органовъ внѣшнихъ чувствъ, преимущественно зрѣнія <sup>1)</sup>; затѣмъ появляются мѣстныя головныя боли съ временными приливами крови къ мозговымъ оболочкамъ, эпилептоидные припадки и потомъ уже, при неблагопріятныхъ условіяхъ, прогрессирующій травматическій параличъ. Вотъ главные симптомы при травматическихъ поврежденіяхъ головы.

<sup>1)</sup> Оценке имъ находилъ концентрическое суженіе поля зрѣнія относительно бѣлаго цвѣта и друг.

При экспертизѣ нѣ слѣдуетъ строго отличать отъ сходныхъ съ ними сифилитическихъ мозговыхъ явленій, а также и отъ алкоголизма. Алкоголикъ, когда-то получившій ударъ въ голову, можетъ жаловаться на упорную, мѣстную головную боль, на приливы крови къ головѣ, бессоницу и слабость памяти; чтобы составить себѣ ясное понятіе о болѣзни потерпѣвшаго, необходимо его тщательно наблюдать, повѣрить его рассказы свидѣтельскими показаніями, получить свѣдѣнія о его образѣ жизни, характерѣ и поступкахъ, предшествующихъ болѣзнямъ, такъ какъ алкоголизмъ самъ по себѣ можетъ явиться слѣдствіемъ полученнаго поврежденія головы, подъ вліяніемъ котораго больной дѣлается не сдержаннымъ, раздражительнымъ, склоннымъ къ буйству и различнаго рода излишествахъ.

Разсмотримъ одинъ изъ случаевъ, бывшихъ въ окружномъ судѣ.

Работникъ съ чугуно-литейнаго завода, 44 лѣтъ, получилъ ударъ въ голову, при паденіи котла въ 1885 г. Вслѣдъ за ушибомъ находился въ безсознательномъ состояніи въ теченіе нѣсколькихъ часовъ, чрезъ двѣ недѣли онъ пошелъ на работу. Въ 1888 г. получаетъ второй ударъ въ голову, при паденіи досокъ съ высоты трехъ сажень, долго находился въ безсознательномъ состояніи и пролежалъ въ больницѣ два мѣсяца. Въ маѣ 1891 года онъ предъявилъ искъ въ окружный судъ, какъ потерявшій здоровье на службѣ и не имѣющій возможности снискивать себѣ пропитаніе. Заводъ уволилъ его со службы безъ всякаго вознагражденія.

При изслѣдованіи его на судѣ было найдено: на лѣвой затылочной кости небольшая припухлость, чувствительная при давленіи, на кожѣ небольшой рубецъ. Личная мирика ослаблена, лѣвый уголъ рта слегка приподнятъ. Зрѣніе лѣваго глаза ослаблено, глухота на правое ухо. Боль при давленіи въ верхней части позвоночника и плеча съ правой стороны, походка не твердая. Онъ жаловался на мѣстную головную боль въ затылкѣ, на частыя головокруженія, на слабость и не способность къ работѣ. Экспертомъ на судѣ было найдено, что онъ вовсе не способенъ къ обычному труду, что оспаривалъ отвѣтъ (присяжный повѣренный), увѣряя что онъ можетъ производить легкую работу. Судъ согласился съ мнѣніемъ эксперта. Весьма часто эксперту, при поврежденіяхъ головы, бываетъ трудно опредѣлить степень трудоспособности потерпѣвшаго, будетъ-ли прежняя способность къ труду ограничена временно

и затѣмъ онъ по прежнему можетъ продолжать свой трудъ, или же она сдѣлается постоянно ограниченной, или же современемъ будетъ еще болѣе ухудшаться.

Мы видѣли изъ предшествовавшихъ случаевъ, какъ трудно бываетъ опредѣлить,—все зависитъ отъ состоянія организма потерпѣвшаго, отъ перенесенныхъ имъ болѣзней, отъ его возраста и тѣхъ условій, при которыхъ было получено поврежденіе. Иногда болѣзненный процессъ пріостанавливается въ своемъ развитіи и протекаютъ цѣлыя годы, пока какой-либо толчекъ не дастъ дальнѣйшаго хода болѣзни. Въ другихъ случаяхъ поврежденіе головы дѣлаетъ человѣка сразу неспособнымъ не только къ обычному труду, но и къ легкой работѣ.

Вообще при всѣхъ поврежденіяхъ головы соединенныхъ съ сотрясеніемъ мозга, можно сказать, что трудоспособность ограничена и въ большей части случаевъ она остается постоянною, если еще не ухудшается. Рѣдко бываетъ, чтобы такіе случаи обходились благополучно, всегда можно ожидать, что съ теченіемъ времени разовьются прогрессивныя паралитическіе симптомы и потому не слѣдуетъ довѣрять отвѣтчику, который, въ виду денежнаго интереса, стремится умалить значеніе полученнаго истцомъ поврежденія и каждый, болѣе или менѣе серьезный, случай, не только слѣдуетъ строго изслѣдовать въ судѣ, но и отсылать въ больницу, послѣ чего экспертъ можетъ съ большею увѣренностію дать свое заключеніе.

## Пятый конгрессъ французскихъ психіатровъ въ Rochell'ѣ.

К. Н. Бовалевская.

Первое сообщеніе на съѣздѣ принадлежало Regis и Chevallier-Lavaure объ *автоинтоксикаціи*. Авторы сдѣлали тщательный историческій обзоръ ученія о токсическихъ веществахъ и интоксикаціяхъ. По ихъ мнѣнію, отравленія организма могутъ происходить вслѣдствіе трехъ причинъ: 1) ненормальнаго производства ядовитыхъ веществъ; 2) неполнаго превращенія введенныхъ въ организмъ веществъ и 3) неполнаго удаленія нормальныхъ и ненормальныхъ ядовитыхъ веществъ, отъ чего происходитъ автоинтоксикація. Разумѣется, наиблизайше производится опредѣленіе присутствія ядовитыхъ веществъ въ организмѣ путемъ тщательнаго изслѣдованія урины и экспериментами съ нею на животныхъ. Такимъ путемъ авторы пришли къ слѣдующимъ выводамъ. Ядовитость мочи понижена у маниаковъ и повышена у меланхоликовъ, при чемъ воздѣйствіе ядовитыхъ веществъ урины маниаковъ и меланхоликовъ производитъ въ животныхъ совершенно различный эффектъ: моча маниаковъ производитъ у животныхъ состояніе возбужденія, тогда какъ моча меланхоликовъ—подавленность, безпокойство и ступоръ. Авторы полагаютъ по сему, что и у больныхъ людей ядовитыя вещества являются не слѣдствіемъ душевнаго заболѣванія, а причиною его, при чемъ, напри-  
мѣръ, количество ядовитаго вещества въ мочѣ маниаковъ потому мало, что слишкомъ много его въ крови этихъ больныхъ. Всѣ эти изслѣдованія даютъ основаніе утверждать, что автоинтоксикація въ числѣ причинныхъ моментовъ психозовъ играютъ очень серьезную роль. При инфекціонныхъ болѣзняхъ микроорганизмы могутъ вліять двояко: непосредственно и по-

средственно, путемъ образующихся токсиновъ. Автоинтоксикаціонные психозы являются при острыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, при пораженіи внутреннихъ органовъ и при діатезическихъ заболѣваніяхъ. Что касается острыхъ инфекціонныхъ заболѣваній, то при нихъ психозы развиваются или въ періодъ лихорадочнаго состоянія, или въ періодъ ето паденія и поправленія отъ болѣзни. Въ первомъ случаѣ преимущественно развивается острый бредъ,—во вторыхъ случаяхъ астенической психозъ въ формѣ аменціи, псеудодеменціи и проч. Иногда развивается третья форма, занимающая средину между этими двумя формами. Психозы при пораженіи внутреннихъ органовъ также довольно часты и появляются то въ формѣ остраго бреда, то въ формѣ хронической. Острый бредъ развивается при остромъ развитіи болѣзненнаго состоянія, какъ напр. при острой уреміи,—хроническія—при медленно развивающихся заболѣваніяхъ. Психозы, появляющіеся при пораженіи внутреннихъ органовъ, будутъ въ полномъ смыслѣ слова психозами автоинтоксикаціи. Діатезическіе психозы будутъ являться то вслѣдствіе автоинтоксикаціи, то вслѣдствіе инфекціи; они также могутъ быть какъ острые, такъ и хроническіе; они развиваются вслѣдствіе измѣненія химическаго состава жидкостей организма.

Ballet полагаетъ, что въ настоящее время вопросъ о ядовитости мочи душевно-больныхъ долженъ разсматриваться съ величайшею осторожностью, ибо онъ стоитъ только лишь на зарѣ своего развитія. Онъ также изслѣдовалъ таксичность урины душевно-больныхъ и нашелъ, что моча меланхоликовъ ядовитѣй нормальной мочи; тоже оказалось и въ случаѣ аменціи, причемъ ядовитость мочи пала при выздоровленіи больной. Не отрицая значенія ядовитости мочи душевно-больныхъ, онъ полагаетъ, что гораздо важнѣе изслѣдовать мочу душевно-больныхъ на птомаины. У него въ этомъ направленіи изслѣдовалась моча 5 здоровыхъ людей и 10 душевно-больныхъ, при чемъ въ уринѣ здоровыхъ людей и 4 душевно-больныхъ (манія, дегенеративное маниакальное возбужденіе, пурперальная аменція и дегенеративное возбужденіе) не оказалось никакихъ птомаиновъ; тогда какъ у осталь-

ныхъ шести душевно-больныхъ (2 меланхоліи, 2 ма-  
нїи, 1 аменція и 1 меланхолія съ явленіями дегенера-  
ціи) оказались въ мочѣ птомаины.

M. Voisin сообщаетъ о развитіи остраго бреда у  
больныхъ оперированныхъ для удаленія образованийъ  
въ яичникахъ. Случаи окончились смертельно, пови-  
димому, только лишь вслѣдствіе шока, такъ какъ не  
было никакихъ другихъ условій для подобнаго исхода.

I. Voisin сдѣлалъ сообщеніе о *ядовитости мочи при  
status epilepticus*. По его наблюденіямъ, въ этихъ слу-  
чаяхъ существуетъ продромальная токсичность урины;  
ядовитость уменьшается и приближается къ нормѣ  
въ теченіи приступовъ и падаетъ къ концу; по окон-  
чаніи приступовъ наступаетъ гипертоксичность. По  
изслѣдованіямъ J. Voisin, гипотоксичность всегда со-  
впадаетъ съ гастрическими разстройствами.

Seglas сообщилъ о *токсичности мочи у душевно-  
больныхъ*. Онъ изслѣдовалъ 14 душевно-больныхъ, при  
чемъ въ однихъ случаяхъ наблюдалась гипертокси-  
чность, въ другихъ гипотоксичность. Всѣ эти психи-  
ческія пораженія сходны по клиническому проявленію,  
выражаясь въ формѣ потемнѣнія сознанія (аменція)  
въ различныхъ степеняхъ, отъ состоянія возбужденія  
до ступора. Изслѣдованія урины дали въ нѣкоторыхъ  
случаяхъ птомаины въ мочѣ. Вообще вопросъ этотъ  
только нарождается въ настоящее время.

Charpantier сдѣлалъ сообщеніе объ *автоинтокси-  
каціи и ея отношеніи къ душевнымъ болѣзнямъ*. Ав-  
торъ настаиваетъ на томъ, что въ настоящее время  
вліяніе наслѣдственности на возникновеніе психозовъ  
слишкомъ преувеличено, при чемъ забывается о дру-  
гихъ случайныхъ физическихъ и психическихъ причи-  
нахъ, между которыми не послѣднюю роль играютъ  
и автоинтоксикаціи, которыя могутъ современемъ по-  
уменьшить значеніе дегенераціи.

Michoud, Mabile и Collin сообщили о *Токсич-  
ности урины у душевно-больныхъ*, при чемъ они об-  
ратили вниманіе на меланхолическіе приступы у ар-  
тритиковъ. Изслѣдованіе у нихъ урины показало при-  
сутствіе небольшого количества бѣлка безъ цилин-  
дровъ и индиканурію. Всѣ эти явленія, по ихъ мнѣнію,  
могли произойти отъ замедленнаго обмѣна веществъ;



а быть можетъ и индиканурія имѣла воздѣйствіе на организмъ, вызвавшее въ концѣ концовъ альбуминурію.

Denis сдѣлалъ сообщеніе о значеніи *впрыскиванія почечнаго сока животнымъ, у которыхъ были удалены почки*, при чемъ животныя продолжали существовать. Такимъ образомъ почки являются органомъ и секреторнымъ и экскреторнымъ. Животное немедленно умирало, если ему удаляли почки,—но если при этомъ впрыскивался почечный сокъ, то животное продолжало жить,—слѣдовательно, впрыснутый недостающій какой то экскретъ поддерживалъ существованіе животного безъ почекъ.

Lagrain сообщаетъ о *характерѣ душевныхъ разстройствъ при автоинтоксикаціяхъ*. Разсмотрѣвъ особенности мыслительной спутанности (confusion mental), галлюцинаторнаго бреда и остраго бреда, онъ полагаетъ, что при автоинтоксикаціяхъ происходитъ душевное растройство, представляющее сочетаніе въ различныхъ пропорціяхъ этихъ трехъ формъ душевнаго разстройства. Такимъ образомъ токсическій бредъ всегда сохраняетъ одинъ и тотъ же типъ. Быть можетъ въ происхожденіи этихъ интоксикацій не малую роль играетъ бацилъ coli.

Cullere сообщаетъ о *значеніи свидѣтельскихъ показаній душевно-больныхъ*. По его мнѣнію, эти показанія имѣютъ значеніе не болѣе, какъ и показанія дѣтей и несовершеннолѣтнихъ. Какъ бы ни было ограничено умственное пораженіе душевно-больнаго, тѣмъ не менѣе мы никогда не можемъ быть гарантированы въ томъ, чтобы такой больной не присоединилъ въ показаніи частицы своего бреда. При этомъ больные нерѣдко не щадятъ и себя. Такія автообвиненія производятся меланхоликами, алкоголиками и истеричными. Могутъ такія ложныя показанія ввоздвигаться и на другихъ. Особенно часто это можно наблюдать у преслѣдуемыхъ преслѣдователей, а также у другихъ дегенератовъ.—Chapantier по этому поводу заявилъ, что нѣкоторые больные производятъ обвиненія и самообвиненія подъ вліяніемъ насильственныхъ представленій.—Voisin полагаетъ, что къ душевнымъ больнымъ слѣдуетъ приравнять и показанія эпилептиковъ. Briand заявилъ, что показанія и нѣсколькихъ душевно-боль-

ныхъ должны имѣть относительное значеніе, въ виду существованія двойственного, тройственного и т. д. помѣшательства. Dr. Рубиновичъ привелъ случай такого ложнаго обвиненія истеричной больной.

Bourneville дѣлаетъ сообщеніе о деструктивныхъ разстройствахъ черепа у идиотовъ. (Объ этомъ рефератъ отдѣльно).

Д-ръ Рубиновичъ дѣлаетъ сообщенія о случаяхъ съ насильственными и импульсивными разстройствами длительного характера. По мнѣнію автора, насильственные явленія нерѣдко начинаются привычными явленіями, почему и трудно бываетъ бороться съ этими болѣзнями.

Seglas и Brouardel сдѣлали сообщеніе о самообвиненіи у больныхъ съ бредомъ преслѣдованія. По ихъ мнѣнію, преслѣдуемые тоже иногда могутъ проявить, подобно меланхоликамъ, бредъ самообвиненія, чѣмъ только отчасти напоминаютъ меланхоликовъ.

---

## Библиографія.

---

**Д-ръ Я. Я. Трутовскій,** Къ ученію объ острой или Сиденгамовской хорей, Больничная газета Боткина, 1893 г.

Въ каждомъ медицинскомъ вопросѣ, какъ бы онъ ни былъ старъ, всегда можно найти болѣе или менѣе интересныя стороны, въ которыхъ усматриваются новыя черты и новыя проявленія. Несмотря на то, что вопросъ о Сиденгамовской хорей далеко уже не новый и о немъ писалось весьма много,—тѣмъ не менѣе д-ръ Трутовскій въ своей статьѣ отмѣтилъ болѣе или менѣе интересныя проявленія этой болѣзни. Въ числѣ причинныхъ моментовъ Сиденгамовской хорей на первомъ планѣ ставили ревматизмъ. Однако тщательныя изслѣдованія показали, что этотъ причинный моментъ часть только на островахъ и въ прибрежныхъ мѣстахъ,—на материкѣ же онъ встрѣчается очень рѣдко и вмѣсто него на первомъ планѣ стоитъ патологическая наслѣдственность. Авторъ тоже поддерживаетъ ту мысль, что психопатологическая наслѣдственность играетъ въ хорей весьма серьезную роль,—но эта наслѣдственность въ Сиденгамовской хорей не однородная, а гетерогенная,—родители хорейковъ могутъ быть психопаты, нейропаты, алкоголики, сифилитики и т. п. При этомъ авторъ дѣлаетъ особенный отбѣнокъ на томъ явленіи, что хорей далеко не рѣдко является проявленіемъ *syphilis hereditaria tarda*. Если дѣйствительно это такъ, то у хорейковъ должны нерѣдко наблюдаться явленія вырожденія. Вмѣстѣ съ этимъ авторъ подробно останавливается на изложеніи явленій вырожденія, особенно-же на душевныхъ, при чемъ онъ проводитъ ту мысль, что у хорейковъ нерѣдко можно наблюдать ограниченіе умственныхъ способностей и нравственную тупость. Нравственная тупость тѣмъ рѣзче бываетъ выражена, чѣмъ позже появляется хорей, такъ что если хорей является на 15—17 году, то нравственная тупость граничитъ съ *moral insanity*. Въ числѣ вызывающихъ причинныхъ моментовъ авторъ между прочимъ останавливается на подражательности. Вмѣстѣ съ этимъ онъ ставитъ отличіе между истинной хореей, явившейся вслѣдствіе по-

дражательности и истерической хореей, тоже могущей развиваться путем подражательности. Вторая съ устраненіемъ перваго случая, способствовавшаго развитію истерической хорей, прекращается сама собою, тогда какъ истинная хорей, появившаяся отъ сообщества съ хорейкомъ, не только не исчезаетъ съ удаленіемъ сотоварища по несчастью, а обычно протекаетъ свой циклъ. Наконецъ авторъ останавливается на леченіи хорей экзалгинъ. Авторъ, путемъ наблюденія надъ леченіемъ хорей въ клиникѣ проф. Ковалевскаго, рѣшительно отвергаетъ всякое лечебное значеніе экзалгина при хорей и отдастъ должное старому, но вѣрному при хорей, средству, мышьяку. Вѣсть съ этимъ авторъ приводитъ случай Сиденгамовской хорей изъ клиники проф. Ковалевскаго, въ которомъ хорей развилась у 17 л. юноши, путемъ подражанія товарищу, при чемъ больной представляетъ рѣзкое притупленіе нравственности, какъ проявленіе вырожденія отъ матери психопатки,—случай вовсе не поддававшійся излеченію экзалгиномъ и вполне излеченный мышьякомъ.

Андрей Поповъ.

Д-ръ Андрей Поповъ, Myelitis chronica e compressione, Южно-русская медицинская газета, 1893 г.

До настоящаго времени, при изученіи спинно-мозгового сифилиса, обращалось особенное вниманіе на системныя заболѣванія спинного мозга: tabes dorsualis, sclerosis lateralis, сифилитическій спинномозговой параличъ; асистемныя-же спинномозговныя заболѣванія и до сихъ поръ какъ то оставляются въ сторонѣ. Правда, они нѣсколько рѣже встрѣчаются, и до сихъ поръ ихъ патологія нѣсколько слабѣе выяснена, тѣмъ не менѣе пора и на нихъ обратить серьезное вниманіе, такъ какъ отъ этого зависить большій или меньшій успѣхъ при леченіи такихъ случаевъ. Въ виду этого авторъ приводитъ случай myelitis e compressione syphilitica, который пришлось ему наблюдать въ лечебницѣ для нервныхъ и душевныхъ больныхъ д-ра Платонова, служащей клинкою проф. П. И. Ковалевскаго.

Больной, М—ій, дворянинъ Полтавской губ., Кременчугскаго уѣзда, помощникъ начальника желѣзнодорожной станціи, холостой, вѣросповѣданія православнаго, 27 лѣтъ отъ роду, поступилъ въ клинику 20 января 1893 года. Status praesens. Общій видъ больного—истощенный; кожныя покровы блѣдны, съ грязноватымъ мѣстами отѣнкомъ. Ростъ больного—163 снт., объемъ груди—87 с.; вѣсъ тѣла—3 п. 38 ф. Тѣлосложеніе средняго, развитіе тѣла правильное; питаніе и количество крови не вполне достаточны; подкожный жирный слой выраженъ слабо. Волосы на головѣ густыя, темнорусые; не сухи и не ломки; волосистость всего тѣла выражена порядочно.—Форма головы округленно-овальная. Уродливостей и неправильностей черепа не замѣчается. Типъ черепа, по показателю Брока,

субдолихоцефалический. Бо́лзненности при пальпаціи и перкуссии черепа, повидному, не испытываетъ. Лицо чистое, продолговатое; слизистыя оболочки нѣсколько анемичны. Подвижность вѣкъ сохранена; при фиксаціи предмета и приближеніи послѣдняго ad oculos лѣвый глазъ уклоняется слегка внаружи, такъ что полной конвергенціи нѣтъ; влажность и блескъ глазъ нормальны; ширина зрачковъ одинакова; первичная и вторичная реакціи ихъ сохранены. Поле зрѣнія безъ особенностей. Острота зрѣнія  $=\frac{20}{10}$ ; свѣто и цвѣтоощущенія сохранены и нормальны; офтальмоскопическимъ изслѣдованіемъ ничего не нормальнаго не обнаружено. Подвижность мускуловъ въ области распространенія лобной и лицевой части п. facialis сохранена; кожная чувствительность въ области распространенія п. trigemini нормальна; въ выраженіи лица ничего характернаго не замѣчается. Полость носа представляетъ rhinitis chronica atrophica. Языкъ не дрожитъ и уклоняется въ сторону, —слегка обложенъ желтоватымъ налетомъ; язычекъ отклоненъ вправо. Подвижность челюстей сохранена вполне; небо ничего особеннаго не представляетъ. Зубы ровные, чистые; на нижней челюсти каріозенъ большой коренной справа; а на верхней—отсутствуетъ dens veritatis sinister. Вкусовые и обонятельныя ощущенія нормальны.—Уши правильной формы, не большой величины; правымъ ухомъ слышитъ бой карманныхъ часовъ на разстояніи больше метра, лѣвымъ также; дифференцировка тоновъ сохранена; слухъ черезъ черепъ тоже сохраненъ; отоскопія ничего ненормальнаго не обнаружила.—Область шеи безъ особенныхъ уклоненій: шейная и затылочная мускулатура развита умеренно; лимфатическія железы шеи слегка увеличены; лимфатическія железы другихъ областей (аксиллярныя и паховыя) значительно увеличены. Перкуссией и аускультацией легкихъ ничего патологическаго не обнаружено; тоже должно сказать относительно сердца (тоны слегка глуховаты), art. pulmonalis и аорты. Пульсъ средней наполняемости ритмичный 76—84 удара въ 1'. Температура тѣла нормальна ( $39^{\circ},8$ — $37^{\circ},1$ ); кожная температура  $36^{\circ},8$ . Границы печени и селезенки въ предѣлахъ нормы; кишечникъ слегка тимпаниченъ. Въ состояніи артеріальныхъ и венозныхъ сосудовъ ничего патологическаго не замѣчается. Суточное количество мочи 930—1230 кб. с.; соломенно-желтаго цвѣта; удѣльный вѣсъ—1023, кислой реакціи; ни сахару, ни бѣлка нѣтъ. Произвольнаго мочеиспусканія не существуетъ, дефекаціи произвольной также нѣтъ. Позывъ къ мочеиспусканію больной ощущаетъ только при значительномъ переполненіи мочевого пузыря, но и въ это время испытываетъ скорѣе неопредѣленное чувство полноты и давленія внизу живота. Мочится четыре раза въ теченіе дня при помощи катетера и два раза ночью; введеніе катетера больной производитъ самъ, лежа на боку, находя это болѣе удобнымъ, къ тому же въ спинномъ положеніи моча вытекаетъ не вся; при этомъ катетеръ у входа въ мочевой пузырь какъ-бы спазмодически на нѣкоторое время сдавливается. Моча чрезъ катетеръ течетъ ровной, слабой струей; при натуживаніи и попыткахъ усилить, ея сила и скорость нисколько не увеличиваются; по временамъ, преимущественно ночью, бываютъ непроизвольныя мочеиспусканія. Позывовъ къ дефекаціи также нѣтъ, таковыя и здѣсь замѣняются ощущеніемъ переполненія и давленія на низъ. Попытки освободить

\*

прямую кишку натуживаніемъ отъ накопившагося кала бываютъ обыкновенно безуспѣшны и лишь съ помощью клизмы является возможность до нѣкоторой степени выполнить это, но и то не рѣдко приходится выбирать калъ пальцами.—*Libido sexualis* усилено; эрекціи часты, особенно по ночамъ; *pullutiones nocturnae* не замѣчались. Въ строеніи позвоночника, въ области верхнихъ поясничныхъ позвонковъ, имѣется выпуклость кзади, на протяженіи 10 снт. При усиленной пальпации остистыхъ отростковъ, съ 5-го по 10-й грудной, больной жалуется на тупую боль.—Строеніе конечностей правильное; мускулатура верхнихъ конечностей развита довольно удовлетворительно; на нижнихъ-же конечностяхъ, находящихся въ состояніи паралича, нѣсколько атрофирована.—Измѣреніе нижнихъ конечностей даетъ слѣдующія цифровыя величины: окружность праваго бедра на срединѣ=40 с.; лѣваго тамъ-же 41 с.; въ нижней трети по 36 с.; окружность того и друг. колѣна черезъ *pattellam* по 32 с.; голень правая въ верхней трети и лѣвая тамъ-же по 27 с.; въ средней—правая=24 с.; лѣвая=24,5 с.; въ нижней трети правая=17 с.; лѣвая=17,5 с.; чрезъ пятку и мыщелки на обѣихъ ногахъ по 29 снт. Изслѣдованіе мышечной сократимости подъ вліяніемъ электрическаго тока обнаруживаетъ нѣкоторое ослабленіе въ количественномъ отношеніи, нарушеній же въ качественномъ отношеніи, реакціи перерожденія, не замѣчается.

Тактильная чувствительность кожи, кромѣ нижнихъ конечностей, не представляетъ особенныхъ уклоненій, на послѣднихъ-же нарушена: на стопахъ и голени той и другой ноги отсутствуетъ совсѣмъ; на колѣнѣхъ понижена менѣе, а отъ средины бедра вверхъ переходитъ постепенно въ нормальную; такимъ образомъ, пониженіе тактильной чувствительности идетъ постепенно отъ центра къ периферіи и рѣзче всего наблюдается на пальцахъ ногъ. Температурное чувство на подошвахъ обѣихъ нижнихъ конечностей понижено, на голени не ясно, выше колѣна нормально.—Болевое чувство въ области подошвъ повышено, въ области голени тоже выше нормальнаго. Чувство мѣста: надъ колѣномъ=4 с. (эстетіометръ Сивекинга); ниже колѣна=10 снт., въ средней части голени 8,2 с., на тылѣ стопы 6,7 с, на подошвѣ=1 с; въ верхней части живота=4 с., на лбу=2 с.; на губѣ=0,5 с, на вѣкахъ=0,3 с. Болевые и вазомоторные рефлексы въ предѣлахъ нормы; осязательные—нѣсколько понижены; подошвенный кожный рефлексъ, пониженъ, кожный рефлексъ голени также; рефлексъ *m. cremasteris* отсутствуетъ; гипогастралный и эпигастралный ослаблены; рефлексъ *m. glutaei* также слегка ослабленъ. Сухожильные рефлексы: пателлярный—усиленъ, аддукторовъ—также, *fussphänoen* выраженъ на правой ногѣ рѣзче, чѣмъ на лѣвой.—Динамометрія правой руки=120, лѣвой—110. Потоотдѣленіе и слюноотдѣленіе—нормальны. Произвольныя движенія въ нижнихъ конечностяхъ въ такомъ видѣ: больной не можетъ ни ходить, ни стоять; сидя на краю кровати съ свѣшенными внизъ ногами, больной не можетъ выпрямить ногъ въ колѣнахъ: голень выпрямляется, при этомъ едва до угла въ 120°.—Удерживать въ такомъ положеніи ноги долго не можетъ и, послѣ непродолжительнаго промежутка времени, голень начинаетъ дрожать и безсильно совсѣмъ свѣшивается, причемъ правая нога остается въ такомъ положеніи менѣе продолжительное время, чѣмъ

лѣвая.—Лежа на спинѣ, можетъ почти совершенно выпрямить ноги, поднимаетъ-же ихъ вверхъ съ большимъ трудомъ до  $20^{\circ}$  отъ плоскости кровати; при этомъ голень быстро отстаетъ отъ бедра и сгибается въ колѣнѣ. Въ такомъ приподнятомъ положеніи больной можетъ удерживать ногу довольно долго; хотя вслѣдъ за поднятіемъ появляется дрожаніе; но вотъ дрожь усиливается, и нога колеблется слегка въ стороны, бессильно, не смотря ни на какія старанія больного, падаетъ на постель.—Согнутую ногу въ колѣнѣ довольно легко сгибаетъ въ бедренномъ суставѣ и приводитъ бедро въ живогу.—Обѣ ноги одновременно поднимаетъ неравномѣрно: правая отстаетъ отъ лѣвой.—Приведеніе и отведеніе ноги возможны, хотя тоже сопряжены съ нѣкоторымъ усиліемъ.—Въ положеніи на животѣ больной не можетъ выпрямить совершенно туловища, чтобъ плотно прилечь къ кровати, такъ какъ препятствіемъ тому служатъ болѣзненность и чувство переламливанія въ позвоночномъ столбѣ.—Стоять, какъ сказано, самостоятельно не можетъ. Если больного поддерживать, то онъ, хотя неувѣренно и слабо, становится на ноги, опираясь смѣлѣе на лѣвую ногу; при этомъ остается въ полусогнутомъ положеніи въ тазобедренныхъ суставахъ и въ колѣнахъ. На одной правой ногѣ совсѣмъ не можетъ стоять, на лѣвой же стоитъ, хотя не долго.—Сгибаніе и выпрямленіе пальцевъ ногъ и въ голено-стоинномъ сочлененіи возможны.

Интересны нѣкоторыя субъективныя жалобы больного. Во первыхъ—ощущеніе „сидѣніе на проволоку“: „мнѣ кажется“, говоритъ больной, „что я будто сижу верхомъ на тонкой проволокѣ, и она сильно и постоянно врѣзывается мнѣ въ тѣло, начиная отъ мошонки, иногда чрезъ нее, по средней линіи промежности и уходитъ въ прямую кишку, иногда боль эта отдается и въ членѣ“. Часто сюда еще присоединяется ощущеніе вдавливанія *ovis sossugis*: какъ-будто ее кто постепенно вдавливаетъ пальцемъ сзади впередъ, при этомъ бываетъ зудящая, ноющая боль,—это ощущеніе, разъ начавшись, остается продолжительное время. Не рѣдко также безпощадно таяуще-зудящіе боли, идущія изъ глубины позвонковъ: болѣе сильны онѣ бывають при сидѣніи больного. Не меньше разстраиваетъ больного „стягиваніе мышцъ“, какъ больной опредѣляетъ; мышцы постепенно яко бы укорачиваются, и это идетъ отъ концевъ пальцевъ центростремительно и заканчивается спазмомъ прямой кишки. Это стягиваніе усиливается особенно по утрамъ; не рѣдко сюда присоединяется ощущеніе стягиванія поясомъ на уровнѣ пупка, шириною пальца въ 3—4.

Анамнезъ. Отецъ и дядя (братъ отца) больного не рѣдко злоупотребляли *in Baccho*. Въ преклонныхъ лѣтахъ отецъ больного былъ пораженъ параллеліей нижнихъ конечностей, съ которой сошелъ въ могилу на 65 году. Въ развитіи параллеліи наблюдалась слѣдующая послѣдовательность: сначала, вслѣдъ за двумя, слѣдовавшими другъ за другомъ, апоплектическими ударами, наступилъ параличъ одной правой нижней конечности, и чрезъ полгода послѣ того лѣвой. Это состояніе, спустя непродолжительное время, прошло, такъ что больной могъ еще не быстро передвигаться, опираясь на палку. Черезъ три года послѣ первыхъ двухъ ударовъ явился третій, который далъ летальный исходъ. Въ періодъ болѣзни, съ 62 года жизни до смерти, онъ былъ въ высшей степени сварливый и раздра-

жительный человек: ссоры съ какимъ либо изъ членовъ семьи были далеко не рѣдкость; потомъ постепенно стали проявляться странности по отношенію къ окружающимъ лицамъ; дѣло доходило до того, что онъ ревновалъ жену къ собственному сыну, зятю и пр., сплошь и рядомъ на ряду съ осмысленными поступками рѣзко проглядывало слабоуміе. Старшій братъ нашего больного окончилъ свою жизнь самоубійствомъ на 22-мъ году жизни по неизвѣстной причинѣ. Онъ былъ гвардейскимъ офицеромъ, пользовался уваженіемъ своихъ товарищей; въ матеріальномъ отношеніи недостатка не имѣлъ,—имѣются указанія, что онъ злоупотреблялъ изрядно *in Vasso et Venere*; причина самоубійства осталась неизвѣстною. У сестры больного наблюдается искривленіе спиннаго хребта въ дорзальной части. Всѣ члены семейства его родителей страдали золотухой. Прямыхъ указаній на лues и туберкулезъ въ семьѣ нѣтъ. Въ физическомъ отношеніи больной имѣетъ больше сходства съ отцомъ, въ умственномъ-же и нравственномъ—съ матерью.

Родился больной, когда отцу было 32 года, а матери 27 лѣтъ; о состояніи родителей во время зачатія больного ничего неизвѣстно, также неизвѣстно подвергалась-ли мать въ періодѣ беременности какимъ-либо истощающимъ болѣзнетворнымъ вліяніямъ. Періодъ беременности шелъ безъ всякихъ уклоненій; роды наступили своевременно и протекли нормально. До 3½ лѣтъ въ жизни дитяти не случилось ничего особеннаго; но на четвертомъ году больной какъ то пошалилъ съ товарищами и упалъ, при чемъ ушибъ спинной хребетъ въ поясничной области. Поврежденіе было настолько сильное, что больной долженъ былъ слечь въ постель; лечился въ теченіе двухъ лѣтъ и наконецъ поднялся, сталъ свободно ходить; на мѣстѣ ушиба осталось и нынѣ замѣтное выпячиваніе. На 8-мъ году сталъ учиться грамотѣ. Одинадцати лѣтъ помѣщенъ былъ въ частный подготовительный пансіонъ. Ученіе шло туго въ зависимости отъ незавидныхъ способностей больного и малой охоты къ умственному труду, усваивалъ онъ уроки не скоро, за то скоро ихъ забывалъ. На 12-мъ году перенесъ корь. 13-ти лѣтъ мальчикъ поступилъ въ кадетскій корпусъ. Во все время пребыванія въ корпусѣ жизнь текла сравнительно ровно, кромѣ послѣднихъ двухъ лѣтъ, когда ученіе пошло вовсе плохо и, за неуспѣшныя занятія, больной долженъ былъ оставить корпусъ. Въ 5-мъ классѣ началъ старательно онанировать; въ 6-мъ онанировалъ меньше, но больше удовлетворялъ естественнымъ путемъ. Занятія онанизмомъ объясняютъ невыносимую потребность къ половымъ сношеніямъ и отсутствіемъ возможности удовлетворять ей инымъ путемъ. Въ корпусѣ былъ не изъ бойкихъ, хотя подчасъ и не прочь былъ пошалить; съ товарищами велъ себя тихо, ровно, не ссорился, но и не дружилъ особенно. Вскорѣ по выходѣ изъ корпуса поступилъ въ Техническое училище, гдѣ 21 года кончилъ курсъ; эксцессамъ въ это время никакимъ не предавался, если не считать важнымъ—служеніе разъ въ недѣлю „Онану“. Общее состояніе здоровья было не дурное, только въ нижнихъ конечностяхъ чувствовалась нѣкоторая вялость и слабость, доходившая иногда до такой степени, что больной избѣгалъ всѣхъ занятій, сопряженныхъ съ работою ногъ. Въ такомъ состояніи здоровья онъ поступилъ на службу на желѣзную дорогу. Его назначили на небольшую станцію; условія жизни адѣсь были незавидныя: помѣще-



ніе сырое и холодное, столъ плохой, пища рѣдко свѣжая, работы много; постепенно все это довело больного до бессонницы, продолжавшейся около трехъ недѣль, и упорнаго запора. Слабость въ конечностяхъ даетъ себя чувствовать сильнѣе. Вскорѣ былъ переведенъ на другую, столъ же незначительную, станцію, но условія жизни остались прежними. Затѣмъ, по собственному ходатайству, былъ переведенъ на большую станцію. По случайности-ли или по несчастному стеченію обстоятельствъ и здѣсь пришлось влечить жизнь въ сырой, неуютной „казармѣ“. Такое постоянство сырости безъ сомнѣнія подтачивало здоровье больного. Въ іюлѣ 1891 г. онъ заразился *lues'омъ*. Мѣры къ излеченію не примѣнялись въ теченіе двѣла года, такъ какъ язву на членѣ считали за невинный *ulcus molle*. Crescendo усиливавшаяся слабость въ конечностяхъ и временная являвшаяся сыпь пустулезнаго характера заставили больного подумать о себѣ серьезно: онъ легъ 1-го августа 1892 года въ Екатеринославскую больницу, гдѣ, спустя недѣлю по поступленіи, обнаружился полный параличъ нижнихъ конечностей. 20-го Августа того-же года переѣхалъ въ Харьковъ въ частную хирургическую лѣчебницу. При помѣщеніи въ лѣчебницу больной представлялъ слѣдующія явленія: полная неподвижность нижнихъ конечностей: малѣйшія попытки поднять ту или другую ногу сопровождались сильной дрожью въ ногѣ, переходившею нерѣдко и на другую ногу; полная нечувствительность тактильная, болевая и температурная обѣихъ ногъ, при чемъ поднятіе ногъ постороннею силою сопровождалось очень сильною дрожью въ конечности, продолжавшеюся иногда минуту и двѣ по приведеніи ноги въ покой. Довольно сильно выраженная атрофія мускуловъ обѣихъ нижнихъ конечностей, крайнее повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ нижнихъ конечностей. Такая-же усиленная мускульная раздражительность и при механическомъ раздраженіи мускуловъ, напр., при ударѣ молоткомъ; отсутствіе всякихъ ощущеній въ области мочевого пузыря и прямой кишки, отсутствіе эрекцій, недержаніе мочи, задержаніе выдѣленій прямой кишки, бѣлокъ въ мочѣ; боли въ спинѣ, рѣзкая верная раздражительность и потеря аппетита.

Въ хирургической лечебницѣ назначено было противосифилитическое леченіе, которое дало весьма успѣшныя результаты. Но такъ какъ хирургическая лечебница не могла доставить полного ухода за нервно-больнымъ, то въ январѣ сего года больной былъ переведенъ въ клинику проф. П. И. Ковалевскаго.

Леченіе здѣсь было назначено противонервное и противосифилитическое и болѣзненные явленія продолжали уничтожаться: больной стоитъ на ногахъ, поддерживаемый сзади подъ руки, иногда можетъ переступить шаговъ 8—10; стягиванія поясомъ рѣже, „укорачиваніе мышцъ“ также меньше беспокоятъ; чувствительность-же рѣзко улучшилась, особенно на стопахъ; въ зависимости отъ этого и самочувствіе больного много лучше, явился аппетитъ и спокойный сонъ; стулъ бываетъ послѣ клизмы, но къ помощи пальцевъ прибѣгать не приходится; мускулы полнѣютъ, реакція электрическая улучшается;—впрочемъ измѣненій замѣтныхъ пока не проявляется.

По выходѣ изъ клиники, больной продолжалъ леченіе подъ наблюденіемъ проф. П. И. Ковалевскаго лѣтомъ въ Пятигорскѣ, къ концу коего онъ могъ гулять на бульварѣ.

Случай этотъ имѣетъ слѣдующій интересъ: на наслѣдственную нейропатологическую почву падаетъ травма спины, подъ вліяніемъ которой нижнія конечности больного всегда представляли слабое мѣсто. Появившійся сифилисъ избралъ своимъ излюбленнымъ мѣстопребываніемъ именно мѣсто ушиба спины и, разрастаясь въ этой области, произвелъ myelitis ex compressione. Соотвѣтственно этимъ сложнымъ причинамъ и леченіе было не чисто специфическое, а и противонервное,—почему оно и дало благой плодъ.

*Михаилъ Поповъ.*

**Д-ръ В. А. Тихомировъ,** Прогрессивный параличъ у женщинъ, Русская медицина, 1893.

Послѣ обзора литературныхъ данныхъ по общему параличу у женщинъ, авторъ приводитъ слѣдующіе четыре случая изъ клиники проф. П. И. Ковалевского.

1. Больная С. Н. К—ва, замужняя, 29 лѣтъ, поступила въ клинику 25 октября 1891 года. Больная средняго роста и средняго тѣлосложенія. Вѣсъ тѣла 3 п. 20 ф. Питаніе организма удовлетворительное. Волосы на головѣ русые и густые. Волосистость всего тѣла нормальна. Лицо чистое; слизистыя оболочки блѣдноваты; подвижность вѣкъ и глазъ сохранена, страбизмовъ нѣтъ, влажность и блескъ глазъ нормальны, ширина и равномерность зрачковъ нормальны, первичная и вторичная реакція ихъ ослаблена, цвѣто- и свѣтоощущеніе сохранено, подвижность мускуловъ лица слегка ослаблена, дрожь въ мускулахъ лица рѣзко выражена, чувствительность кожи лица сохранена, полость носа безъ особенностей; языкъ при высовываніи дрожить,—вкусовыя и обонятельныя ощущенія нормальны, зубы цѣлы и чисты, величина и форма ушей нормальна. Слухъ черезъ черепъ сохраненъ, лимфатическія железы не увеличены; состояніе легкихъ и сердца нормально, пульсъ 70—74 въ минуту, т<sup>о</sup> тѣла нормальна, печень и селезенка нормальны, кишечникъ вздутъ, артеріальные и венозные сосуды безъ измѣненій, суточное количество мочи 1200 к. сит., реакція ея кислая, свѣтло-желтаго цвѣта, уд. в. 1021, патологическихъ частей въ мочѣ нѣтъ, мускулы мочевого пузыря и сфинктеры прямой кишки слегка ослаблены; строеніе позвоночника правильно, чувствительность его нормальна, строеніе конечностей правильное, мускулатура ихъ удовлетворительна, рѣзко замѣтная дрожь въ рукахъ; рефлексы сухожильные, мускульные, ослабленные, болевые и вазомоторные нормальны; потоотдѣленіе и слюноотдѣленіе безъ уклоненій отъ нормы; покровы кожи безъ измѣненій; подкожный слой и мускулатура всего организма развиты удовлетворительно; отправленія кишечника правильны. Субъективныя жалобы больной сводятся на головную боль и выкидышъ. Вниманіе къ окружающей обстановкѣ понижено. Способность воспріятія вѣшнихъ впечатлѣній ослаблена; проводимость ихъ также ослаблена. Иллюзій и галлюцинацій нѣтъ. Образованіе представленій и количество ихъ сильно ограничены. Ходъ представленій замедленный; насильственныхъ и фиксированныхъ представленій нѣтъ. Способность припоминанія и запоминанія значительно ослаблена. Сознаніе окружаю-

щей обстановки потемніло. Сужденія и заключенія очень разстроены. Настроение духа довольно безразличное. Рѣчь медленная, дрожащая. Больная большею частью лежит и молча возится съ шитьемъ, къ окружающимъ лицамъ и окружающей обстановкѣ относится совершенно безразлично. Сообразительность у больной очень слабая, сложение двузначныхъ чиселъ совершаетъ съ большимъ трудомъ, вообще явленія слабоумія выражены очень рѣзко. Больная нечистоплотна и неряшлива.

**Анамнезисъ.** Больная, уроженка Тавр—ской губ., профессія—торговля. Отецъ и братъ больной страдали запоемъ. Мать страдала гемиплегіей. Родители между собою въ кровномъ родствѣ не состояли. Когда послѣдовало зачатіе больной, отцу было 45 лѣтъ и столько же матери. Въ тѣлесномъ и умственномъ отношеніяхъ больная похожа на мать. Предрасположенія къ злогухѣ или бугорчаткѣ въ семействѣ не замѣчалось. Во время беременности больною мать ея уже страдала гемиплегіей. Роды были правильны и своевременны. Мозговыхъ припадковъ въ дѣтствѣ не наблюдалось. Ходить и говорить больная начала довольно рано. Въ дѣтствѣ перенесла натуральную оспу. Склонна была къ капризамъ въ дѣтскомъ возрастѣ. Умственные способности въ дѣтствѣ были среднія. При появленіи первыхъ регулъ не было никакихъ болѣзненныхъ явленій, ни тѣлесныхъ, ни психическихъ. По выходѣ замужъ больная начала страдать сильными головными болями и бѣлами (мужъ больной былъ сифилитикъ). Больная имѣла общительный характеръ, была горячаго темперамента, честолюбива и тщеславна. Умственные способности были развиты равномерно, больная обладала здоровымъ разсужденіемъ безъ признаковъ фантазіи. Нравственныхъ потрясеній не испытывала. Семейныя отношенія были хороши. Половыхъ излишествъ не было. Менструа были правильны, длились 5—6 дней, возвращались черезъ 21 день, по обилію были среднія. Беременна больная была 6 разъ, имѣла 2 выкидыша, одинъ на 7-мъ, другой на 8-мъ мѣсяцѣ, остальные дѣти умерли отъ эклампсін. Первая беременность была на 20-мъ году жизни.—вскорѣ послѣ замужества, а остальные черезъ 5—6 мѣсяцевъ—1 годъ послѣ родовъ. Роды были всегда продолжительны, послѣ родовъ оправлялась скоро. Болѣзнь представляетъ первый приступъ и началась въ сентябрѣ 1888 года. Больная становилась раздражительна, груба, сварлива, у ней появились галлюцинаціи зрѣнія, наступила полная неохота къ труду; больная была суетлива, явилось стремленіе къ блужданію, побѣгу изъ дому и расточительности. Отношеніе къ окружающимъ было враждебное, недоверчивое и раздраженное. Сонъ, аппетитъ и отпаиванія кишечника стали замѣчательны, менструа также стали появляться не въ свое время—то раньше, то позже. Больная постоянно жаловалась на головныя боли, локализирующіяся преимущественно во лбу; боли обыкновенно длились одинъ—два дня, затѣмъ на нѣсколько дней проходили и снова появлялись. Къ ночи боли усиливались. Языкъ при разговорѣ сталъ какъ бы заплетаться. Болѣзнь протекала непрерывно и въ своемъ теченіи не имѣла свѣтлыхъ промежутковъ. Больная безъ всякаго улучшенія 26 декабря того же года оставила клинику.

2. С. А. И—ва, дворянка, 54 лѣтъ, поступила въ клинику 6 ноября 1888 года. Больная среднего роста и слабого тѣлосложенія, питаніе организма плохое. Волосистость всего тѣла слабо выражена; форма

голова овальная, уродливостей и неправильностей черепа не замѣчается. Лицо морщинистое; слизистыя оболочки блѣдны; подвижность вѣкъ и глазъ нормальна; страбизмы отсутствуют; влажность и блескъ глазъ усилены; мышцы лица очень подвижны; выраженіе лица часто жѣлется; полость носа безъ особенностей; лимфатическія железы не увеличены; состояніе легкихъ и сердца удовлетворительное, пульсъ ускоренъ 90—100 ударовъ въ 1',  $t^{\circ}$  тѣла 36,5°C; печень и селезенка не замѣнены, кишечникъ вздутъ; въ артеріальныхъ и венозныхъ сосудахъ замѣтенъ атероматозъ; строеніе позвоночника правильное; чувствительность его и подвижность нормальны; строеніе конечностей правильное, мускулатура ихъ слабо развита, рѣзкая дрожь въ лицѣ и рукахъ; потоотдѣленіе и слюноотдѣленіе безъ особенностей; покровы кожи сухи и дряблы, подкожный слой и мускулатура всего организма слабо развиты; сонъ и аппетитъ плохи; отправления кишечника неправильны, частые запоры; субъективныя жалобы отсутствуют; вниманіе къ окружающей обстановкѣ обострено, способность воспріятія вѣшнихъ впечатлѣній повышена, проводимость ихъ ускорена,— на вопросы отвѣчаетъ очень быстро. Галлюцинаціи, по видимому, существуютъ, образованіе представленій быстро и количество ихъ увеличено. Ходъ представленій крайне безпорядочный. Ложныхъ представленій масса. Фиксированнаго бреда не существуетъ. Идеи бреда большею частью грандіозны. Она сама—царица, правительница царства, первый въ государствѣ человекъ, владѣлецъ желѣзныхъ дорогъ, святая, невѣста „Брука“—короля Баварскаго. У нея въ распоряженіи цѣлая армія жандармовъ, которымъ она непрерывно отдаетъ приказанія кого либо арестовать, казнить... Кромѣ того у нея есть еще „венеры“, играющія роль также жандармовъ.—Ассоціація представленій крайне разстроена; присутствіе фиксированныхъ и насильственныхъ представлений не замѣтно. Способность припоминанія и заломинанія ослаблена. Сужденія и заключенія, большею частью, торопливы, непослѣдовательны, ложны. Настроеніе духа преобладаетъ оживленное и веселое; иногда только бываютъ приступы озлобленія и буйства. Больная вѣчно въ движеніи: если не ходитъ или бѣгаетъ по комнатѣ, то двигаетъ руками, вертится въ постели, говоритъ безъ умолку. Рѣчь торопливая, невнятная, языкъ не успѣваетъ услѣдить за быстрымъ ходомъ идей и по временамъ заплетается. Между окружающими есть люди симпатичные ей, которыхъ она называетъ святыми, своими дѣтьми, обѣщаетъ имъ грандіозныя награды, даритъ массу денегъ... и есть антипатичные, которыхъ она бранитъ, приказываетъ выпороть, повѣсить и т. п.; но эти симпатіи и антипатіи далеко не постоянны, очень быстро мѣняются, и только что симпатичные люди становятся ей ненавистными и т. п. Въ отношеніи къ себѣ крайне небрежна, костюмъ надѣтъ кое-какъ, волосы распущены, иногда мочится подъ себя, иногда на полъ. Замѣтна постоянная мелкая дрожь головы.

**Anamnesis.** Больная—классная дама въ женской гимназіи. Родной братъ ипохондрикъ и кончилъ самоубійствомъ (бросился изъ окна 3-го этажа). Дядя больной по матери—былъ потаторомъ. Родители въ кровномъ родствѣ не состояли; когда послѣдовало зачатіе больной, матери было 38, отцу 39 лѣтъ. Въ тѣлесномъ и умственномъ отношеніи больная похожа на отца. Золотухи и бурчатки въ семействѣ не замѣчались. Въ дѣтствѣ больная перенесла

дифтеритъ; ребенкомъ была пуглива и нервнораздражительна. Въ возмущаломъ возрастѣ по темпераменту была пылка, крайне обидчива и самолюбива. Къ другимъ относилась сочувственно и склонна была къ дружбѣ. Умственные способности были развиты равномерно, но больная любила фантазировать. Больная имѣла сильныя нравственныя потрясенія: потеря состоянія, болѣзнь мужа, неожиданная смерть дочери. Съ 1882 г. вдова. Въ жизни больной приходилось много работать физически и умственно. Менструа были правильны, обильны особенно въ послѣднее время. — Имѣла 9 дѣтей; первый — мертвый-выкидышъ на 8 мѣсяцѣ. Замужъ вышла 23 лѣтъ. Сильно курила, особенно въ послѣднее время. Какъ на вѣроятную причину теперешняго заболѣванія родные больной указываютъ на катастрофу 17 октября 1888 года съ Августѣйшей Семьей. Болѣзнь развилась постепенно. Больная стала раздражительна, часто сердилась, затѣмъ стали замѣчать странности такого рода, что больная стала повторять одно и то же по нѣскольку разъ въ день. Стала болтлива; возмущалась несправедливостію учителей, придиралась къ своимъ дѣтямъ. Настроеніе духа стало мрачное; больная стала покупать вещи совершенно ей ненужныя. Къ окружающимъ относилась недоувѣрчиво. Сонъ и аппетитъ стали плохи, появились запоры. Больная всегда жаловалась на головныя боли и чувствовала приливы къ головъ. Болѣзнь протекала непрерывно. Во время пребыванія въ клиникѣ у больной наблюдались нѣсколько разъ эпилептиформенныя приступы. Больная пробыла въ клиникѣ до 7 декабря 1891 г. и въ дементномъ состояніи была взята своими родными.

3. К. Н. Ор — цъ, жена купца, 38 лѣтъ, поступила въ клинику 25 ноября 1886 года. Больная роста 162 снт., слабаго тѣлосложенія, малокровна, волосы на головѣ темнорусые; наибольшая окружность черепа 55, кривая отъ glabella до protuber. occ. ext. 32, кривая отъ уха до уха 32, прямой діаметръ черепа 18,5, поперечный 15, правый косой 16,5, лѣвый косой 16,5, діаметръ основанія черепа 11,5+10 с.; діаметръ высоты черепа 14; высота лба 5; ширина лба 13, форма головы округленно продольная; уродливостей и неправильности черепа не замѣчается; лицо овальное; слизистыя оболочки блѣдны, Pthosis sinist., глаза подвижны, стризмы отсутствуют, блескъ глазъ усиленъ; зрачки равномерно сужены; первичная и вторичная реакція ихъ слабо выражена, лѣвая половина лица представляетъ небольшой парезъ, выраженіе лица плаксивое, языкъ отклоненъ въ право, также и язычекъ, полость носа безъ особенностей. — Вкусовые и обонятельныя ощущенія притуплены. — Коренныя зубы каріозны. — Величина и форма ушей безъ особенностей. — Слухъ притупленъ. Острота слуха черезъ черепъ ослаблена. Железы въ области шеи увеличены. — Въ легкихъ разсѣянные хрипы; тоны сердца глухи, пульсъ 85 ударовъ 1'; t° тѣла 37 с.; животъ отвислый. — Суточное количество мочи 2000 кст., цвѣтъ ея свѣтложелтый, уд. в. 1012, реакція слабо-кислая. — Дѣятельность мускуловъ мочевого пузыря и сфинктеровъ прямой кишки нарушена. — Строеніе позвоночника правильное; чувствительность и подвижность его безъ особенностей. — Строеніе конечностей нормальное; мускулатура ихъ дряблая, рѣзкая дрожь. — Кожная чувствительность ослаблена. — Рефлексы сухожильныя и вазомоторныя повышены. — Динамометрія для правой руки 35 к., лѣвой 20 к. По-

крови кожи блѣдны и сухи; подкожный слой развитъ умѣренно, мускулатура всего организма вялая. Кости скелета безъ особенностей. Сонъ плохой, аппетитъ отсутствуетъ, — больная отказывается отъ пищи. Субъективными жалобами больной сводится на головную боль. Вниманіе къ окружающей обстановкѣ понижено. Способность воспріятія внѣшнихъ впечатлѣній ослаблена; проводимость ихъ замедлена. Существуютъ галлюцинаціи слуха и зрѣнія. Больная слышитъ голоса своихъ дѣтей, видитъ въ темнотѣ свѣтъ. Образование представлений вялое и количество ихъ ограничено. Ходъ представлений замедленъ. Представленія не ясны и не отчетливы, ошибочны и по содержанию безумны. Ассоціація представлений нарушена. Насильственныхъ и фиксированныхъ представлений нѣтъ. Способность запоминанія и припоминанія ослаблена. Сужденія и заключенія безумны и нелогичны. Настроеніе духа веселое. Существуетъ бредъ грандіознаго содержанія, больная считаетъ себя царицей, требуетъ богатое платье, ищетъ постоянно свою корону.

*Amnestic.* Полтора года тому назадъ избавилась больная отъ мигрени, которой страдала лѣтъ пятнадцать. Лѣтъ 12 тому назадъ болѣла сифилисомъ, заразившись отъ мужа. Настоящая болѣзнь рѣзко обнаружилась послѣ того, какъ больная испытала нравственное потрясеніе, вслѣдствіе ссоры. Послѣ этого пропалъ сонъ, больная сдѣлалась раздражительна; до явнаго обнаруженія заболѣванія, у больной замѣчалась слабость памяти и разсѣянность. Половая дѣятельность всегда была выражена слабо; чувство сладострастія развито было очень слабо. Къ дѣтямъ и мужу относилась всегда съ любовью. Во время пребыванія въ клиникѣ у больной былъ одинъ разъ апоплектиформенный припадокъ. Въ маѣ 1887 года больная выписалась изъ клиники.

4. Больная М. Б—на, средняго роста (153 с.), крѣпкаго тѣлосложенія, съ правильно развитой костной системой, вѣсъ тѣла 3 п. 10 ф., питаніе организма удовлетворительное; объемъ груди=85 снт., волосы на головѣ темные, довольно густые; волосистость всего тѣла въ предѣлахъ нормы. Наибольшая окружность черепа 52 с., затылочно-ушная линія 21, лобо-ушная 30 с., темяно-ушная 35, подбородочно-ушная 26, прямой діаметръ черепа 17, кривая отъ glabella до protub. occip ext. 32 снт., поперечный діаметръ 15, правый косой 17, лѣвый косой 17, діаметръ основанія черепа 9+12. діаметръ высоты черепа 13, продольно-поперечный показатель 88,3; продольно-высотный 76,6; высота лба 4, ширина лба 13, діаметръ лба 12 снт. Форма головы круглая, уродливостей и неправильностей черепа не замѣчается; типъ черепа, по показателю Брока, брахиоцефалической. Лицо блѣдное, слизистыя оболочки анѣмичны, подвижность вѣкъ и глазъ сохранена, страбизмовъ нѣтъ, лѣвый зрачекъ шире праваго, первичная и вторичная реакція ихъ ослаблена; свѣтоощущеніе и цвѣтоощущеніе нормальны; подвижность мускуловъ лица понижена. Выраженіе лица апатичное; полость носа безъ особенностей, языкъ при высовываніи сильно дрожитъ in toto; вкусовые и обонятельныя ощущенія сохранены; зубы цѣлы, чисты и некаріозны. Слухъ черезъ черепъ сохраненъ. Лимфатическія железы нигдѣ не увеличены. При перкуссіи легкихъ съ лѣвой стороны спереди замѣтно небольшое притупленіе, аускультация легкихъ не обнаруживаетъ ничего ненормальнаго. Границы сердца нормальны;

тоны чисты. Пульсъ 84, легко сжимаемый. Температура тѣла 37°C. Границы печени по парастернальной линіи 5 ребро, по мамиллярной 6 ребро, немного выдается изъ за края ложныхъ реберъ. Кишечникъ нѣсколько вздутъ. Количество мочи 1100 к. снт. уд. в. 1018, кислой реакціи, бѣлка и сахара не содержитъ. Мускулы мочевого пузыря и сфинктеровъ прямой кишки функционируютъ правильно. Строеніе позвоночника правильное. Замѣтно сильное дрожаніе верхнихъ и нижнихъ конечностей. Походка больной шаткая, неуверенная. Существуетъ у больной аграфія. Тактильная чувствительность, болевое и температурное чувство сохранены. Мышечные рефлексы повышены; осизательные, болевые и вазомоторные въ предѣлахъ нормы, сухожильные же рефлексы также повышены. Динамометрія правой руки 18, лѣвой 21. Кожа блѣдная, легко собирается въ складки; потоотдѣленіе и слюноотдѣленіе нормальны. Сонъ плохой, больная страдаетъ бессонницей. Отиравленія кишечника правильны. Рѣчь медленная, затрудненная. Субъективныхъ жалобъ не представляетъ. Сознаніе окружающей обстановки существуетъ, но значительно понижено. Вниманіе къ окружающему понижено; больная ни на что не обращаетъ вниманія и ничѣмъ не интересуется. Большую часть времени больная проводитъ въ своей комнатѣ, гдѣ по цѣлымъ часамъ занимается или разсматриваніемъ портрета своего мужа, или же чтеніемъ книгъ. Ежедневно, даже нѣсколько разъ въ день, больная собирается уѣхать въ Ростовъ къ своему мужу, завязываетъ свое имущество въ узелокъ, надѣваетъ пальто и садится на кровати возлѣ уала, готовая въ дальній путь. Къ окружающимъ относится больная совершенно индифферентно. Сообразительность больной замѣтно ослаблена, что между прочимъ выражается въ неумѣніи производить вычитанія съ большими цифрами. Если вы спросите больную, сколько ей лѣтъ, она отвѣчаетъ 40, какой теперь годъ—совершенно не знаетъ, также не знаетъ мѣсяца, числа, дня; не помнитъ въ какомъ году родилась, и не можетъ этого вычислить. Способность воспріятія вѣшнихъ впечатлѣній и ихъ проводимость въ значительной степени понижена. Образованіе представлений и ихъ количество также понижено. Способность запоминанія и припоминанія значительно понижена. Сужденія и заключенія неправильны. Иллюзій и галлюцинацій не замѣчается. Существуетъ бредъ величія и грандіозности. Если спросить больную, кто она такая, она скажетъ вамъ, что Екатерина Б—на, но въ то же время назоветъ себя генераломъ Лопатиннымъ, и что у нея триста пушекъ и двѣсти ружей. Чинъ генерала Лопатина она получила, когда ѣздила вокругъ свѣта воевать съ французомъ; у нея было 500 казаковъ и пушки, взяла Наполеона въ плѣнъ, спасла Государя и посадила въ домъ Потапова. Иногда больная говоритъ, что она очень богатая женщина и у нея 300 милліоновъ денегъ. Апатическія. Больная уроженка Полтавской губ., происходитъ изъ крестьянской семьи. При зачатіи больной, матери 35 лѣтъ, а отцу 45 л.—Родители ея пользовались цвѣтущимъ здоровьемъ и умерли уже въ преклонномъ возрастѣ. Среди членовъ семьи душевныхъ или нервныхъ заболѣваній не было. Въ дѣтскомъ возрастѣ замѣчалась раздражительность. Менструа впервые появилась на 15 году. Семнадцати лѣтъ поступила въ услуженіе въ качествѣ горничной въ одну купеческую семью. Къ своимъ обязанностямъ относилась добросовѣстно. Восемнадцати лѣтъ больная вышла замужъ и заразилась отъ

мужа сифилисомъ. Первая беременность окончилась выкидышемъ. Семейная жизнь была очень плоха, такъ какъ мужъ былъ пьяница-развратникъ и за растрату денегъ сидѣлъ въ тюрьмѣ. 25-ти лѣтъ больная вторично вышла замужъ. Спусти 10 лѣтъ послѣ вторичнаго замужества больная стала жаловаться на боли въ ногахъ, затѣмъ къ этому присоединились головныя боли. Съ января 1889 года головныя боли начинаютъ все болѣе и болѣе усиливаться и становятся все болѣе продолжительными; головокруженіе появляется все чаще и чаще, память ослабѣваетъ, къ этому постепенно присоединяется дрожь языка, верхнихъ и нижнихъ конечностей, аппетитъ отсутствуетъ, сонъ плохой. Въ декабрѣ 1889 года мужъ больной уѣхалъ въ Москву. Черезъ нѣкоторое время жена его, которую онъ оставилъ въ Ростовѣ, неожиданно для него также пріѣзжаетъ въ Москву и заявляетъ мужу, что ѣдетъ къ о. Іоанну Кронштадтскому. Мужъ отпустилъ ее и въ скоромъ времени получилъ отъ нея изъ Петербурга телеграмму такого содержанія: если кто хочетъ исцѣлиться, высылайте деньги“, хотя деньги мужемъ уже были посланы. Изъ содержанія телеграммы можно было заключить о ненормальности ея душевныхъ отправленій. По пріѣздѣ въ Ростовъ мужъ больной нашелъ много цѣнныхъ бездѣлушекъ, купленныхъ ею на нѣсколько сотъ рублей, чего раньше она никогда не дѣлала. Между тѣмъ состояніе больной еще болѣе ухудшилось, такъ что по пріѣздѣ въ Петербургъ мужъ нашелъ ее въ безсознательномъ состояніи, при чемъ она произносила отрывочныя фразы: „я буду у Государя, у Грессера“, непрерывно умывалась, сбрасывала съ себя одежду, говорила, что ее ограбили. При поступленіи въ клинику у больной развился бредъ грандіозности. Ассоціація представленій нарушена. Самочувствіе больной повышенное, маниакальное, хотя и не всегда. Подъ вліяніемъ специфическаго леченія, состояніе больной значительно улучшилось: бредовыя идеи исчезли, также треморъ языка, верхнихъ и нижнихъ конечностей, появились аппетитъ и сонъ; сознательная сфера значительно улучшилась, хотя остались легкія дементныя явленія и 5 мая больная оставила клинику. Въ 1890 году больная ѣздила въ Желѣзноводскъ и по возвращеніи оттуда почувствовала себя совершенно нездоровой: снова появились головныя боли, бессонница, потеря аппетита, катарръ желудка и кишекъ, дементныя явленія въ это время совершенно отсутствовали. Лѣтомъ 1891 года больная поѣхала въ деревню къ своимъ родителямъ; здѣсь у нея произошла какая то ссора съ сестрой, послѣ чего снова появилось психическое расстройство.

Разумѣется, на основаніи четырехъ случаевъ нельзя дѣлать никакихъ выводовъ, но и эти наблюденія могутъ наводить на кое-какія размышленія.

Въ этихъ случаяхъ не можетъ быть не отмѣченнымъ, во 1-хъ то, что, изъ четырехъ больныхъ, три имѣли сифилисъ и проявляли его симптомы въ области центральной нервной системы.

2. Всѣ эти три больныя обязаны были своимъ сифилисомъ своимъ мужьямъ.

3. Изъ четырехъ больныхъ одна проявляла симптомы паралитического слабоумія, тогда какъ остальные три — бредъ величія и грандіозности. Последнее тѣмъ болѣе бросается въ глаза, что женщины эти не были особенно развиты и образованы.

*Андрей Поповъ.*



**Проф. П. И. Ковалевскій**, Къ ученію о морфіоманіи, Вѣстникъ общественной гігіены, судебной и практической медицины, 1893.

Изложивъ подробно ученіе о морфіоманіи, авторъ останавливается на судебно-медицинскомъ значеніи морфіоманіи, причемъ отличаетъ состояніе морфійнаго опьяненія, промежутокъ между ними, момента насильственного прекращенія приѣмовъ морфія, осложненія морфіоманіи галлюцинаціями и появленія психозовъ на почвѣ морфіоманіи. Морфій, подобно алкоголю, производитъ опьяненіе и люди, находящіеся въ этомъ состояніи, легко могутъ позволять себѣ въ обществѣ неприличія, вольности, нетерпимыя выходки и проступки, караемые закономъ, какъ нарушеніе общественной тишины, спокойствія, благоприличія и проч. Далѣе, многіе морфіоманы, и по отрезвленіи, въ промежуткахъ между приѣмами морфія, могутъ давать поводъ къ возбужденію вопроса объ ихъ уголовной отвѣтственности и правоспособности. Возбужденіе вопроса объ уголовной отвѣтственности и правоспособности морфіомановъ въ этомъ состояніи имѣетъ основаніе въ разрушительномъ вліянніи, оказываемомъ морфіемъ на элементы нервной системы и ихъ отправленія. Guimball<sup>1)</sup> совершенно правъ, говоря, что морфій, заглушая физическую боль, понижая физическую чувствительность, понижаетъ и заглушаетъ и чувствительность нравственную, дѣлая больныхъ то болѣе, то менѣе нравственными. Естественнo, что степень пораженія ихъ нравственнаго чувства стоитъ въ прямой связи и въ прямомъ соотвѣтствіи съ длительноścią приѣмовъ морфія и степенью отравленія центральной нервной системы. Многіе морфіоманы, въ промежуткахъ между приѣмами морфія, не будучи даже въ опьяненіи отъ морфія, часто прибѣгаютъ къ различнымъ противузаконнымъ средствамъ для пріобрѣтенія морфія. Встрѣчая въ окружающихъ препятствіе къ безграничнымъ приѣмамъ морфія, они рѣшаются на обманы, подлоги, поддѣлки подписей, воровство, мошенничество, выдачу несоотвѣтственныхъ векселей и друг. поступки, ясно показывающіе ненормальное состояніе людей, ихъ производящихъ. Точно также такіе люди, при пониженіи ихъ мыслительной дѣятельности, склонны къ ссорамъ, вспыльчивости, запальчивости, оскорбленію и т. д., — дѣяніямъ, опять-таки предусмотрѣннымъ уложеніемъ о наказаніяхъ.

Врачамъ приходится давать заключенія о таковыхъ дѣяніяхъ, какъ въ смыслѣ уголовной отвѣтственности больныхъ, такъ и гражданской ихъ правоспособности.

<sup>1)</sup> Guimball, Annal. d'hygiène, 1891.

При даѣ таковыхъ заключеній о дѣяніяхъ, совершенныхъ лицами, принимающими морфій, мы всегда должны памятовать мнѣніе Krafft-Ebing'a <sup>1)</sup> „Nicht Jeder, der Morphium längere Zeit consumirt, ist ein Morphinist“; только тотъ морфіоманъ можетъ быть по праву таковымъ, у кого въ основѣ болѣзни лежитъ наслѣдственное предрасположеніе къ нейрозамъ и психозамъ, или такіа благопріобрѣтенныя нервныя расстройства, которыя въ состояніи были породить нервную неустойчивость и рѣзко ослабленную сопротивляемость центральной нервной системы. При обсужденіи дѣянія таковыхъ лицъ, мы первѣ всего должны имѣть въ виду эту ослабленную нервную сопротивляемость вреднымъ воздѣйствіямъ на организмъ и разсматривать ее, какъ обстоятельство, уменьшающее степень „произвола“, а слѣдовательно и отвѣтственности. Вторымъ обстоятельствомъ, на которое мы должны обращать вниманіе,—это давность приемовъ морфія: чѣмъ долѣе происходитъ злоупотребленіе морфіемъ, тѣмъ сильнѣе пораженіе нервной системы и тѣмъ будетъ большая подчиняемость яду, а, слѣдовательно, глубже опьянѣваемость вообще и меньше отвѣтственность; при чемъ значить, до извѣстной степени, отвѣтственность при морфійномъ опьяненіи обратно пропорціональна давности злоупотребленію морфіемъ и пораженію центральной нервной системы. По мнѣнію Marandon de Montyel'я <sup>2)</sup>, морфіоманы въ началѣ своего заболѣванія могутъ обладать сильнымъ противодѣйствіемъ вліянію яда, при чемъ отвѣтственность можетъ прекращаться только съ наступленіемъ физическаго и психическаго маразма.

Далѣе, обращается вниманіе на количество приема морфія и, въ зависимости отъ того, на степень опьяненія въ данномъ случаѣ.

Наконецъ, Marandon de Montyel полагаетъ, что, при обсужденіи отвѣтственности морфіомановъ, надлежитъ обращать вниманіе и на то, чѣмъ вызывается употребленіе морфія—удовлетвореніемъ ли только эвфорической потребности, или успокоеніемъ физической боли и другими поводами, облегчающими мучительное состояніе больного; по его мнѣнію невмѣняемость можетъ опредѣляться только въ послѣднихъ случаяхъ.

Такимъ образомъ *состояніе морфійнаго опьяненія* нѣсколько отличается отъ опьяненія алкогольнаго въ судебно-

<sup>1)</sup> Krafft-Ebing, Die gerichtliche Psychopathologie, 1892, 206.

<sup>2)</sup> Marandon de Montyel, Contribution a l'étude de la morphiomanie, Annal. medico-psycholog., 1885, 1.

медицинскомъ отношеніи. Для морфійнаго опьяненія смягчающими обстоятельствами служатъ: нейрпатологическая основа этого болѣзненнаго состоянія и часто неизбежная необходимость приѣмовъ этого средства, которое въ послѣдствіи становится почти неустрашимою принадлежностью и дополненіемъ для уравновѣшеннаго состоянія душевной дѣятельности того или другого человѣка. Усиливающими вину обстоятельствами служатъ: почти всегда, въ большей или меньшей степени, присутствующее сознаніе и въ иныхъ случаяхъ—побужденіе чисто для поддержанія эвфорическаго состоянія духа.

По сему говорить о полной невмѣняемости морфіомановъ въ состояніи морфійнаго опьяненія я не считаю возможнымъ. Принимая во вниманіе: психопатологическую основу болѣзни, нѣкоторую степень разстройствъ сознанія подъ вліяніемъ опьяненія и продолжительность употребленія морфія—*можно допустить относительную вѣняемость*, или признать таковое *морфійное опьяненіе обстоятельствомъ, значительно смягчающимъ вину*. Смягченіе усиливается, если причина морфинизма лежитъ въ медицинскомъ назначеніи морфія и поводомъ къ дальнѣйшему его употребленію служитъ психическое или физическое страданіе; еще болѣе усиливается смягченіе виновности, если употребленіе морфія съ медицинскою цѣлію было весьма продолжительное; это продолжительное употребленіе морфія, произведши въ организмѣ морфіомана измѣненія, свойственныя психическому и физическому маразму,—дѣлаетъ морфіомана невмѣняемымъ. Напротивъ, ранній періодъ морфинизма, а, слѣдовательно, значительное присутствіе сознанія въ періодѣ опьяненія и значительная степень дѣятельности задерживающихъ центровъ, а равно злоупотребленіе морфіемъ съ цѣлію достиженія эвфорическаго состоянія, по моему мнѣнію, усиливаютъ вину совершившаго въ семъ состояніи морфіомана преступленіе,—при чемъ, однако, его отвѣтственность должна быть все-таки ниже отвѣтственности здороваго человѣка.

*Промежутки* между приступами морфійнаго опьяненія представляютъ, болѣе или менѣе отличныхъ, два состоянія: состояніе отрезвленія и приступъ голода новаго приѣма морфія (*l'etat de besoin*).

Состояніе отрезвленія во многихъ случаяхъ морфинизма представляетъ рѣзкое паденіе нравственности, иногда доходящее до полнаго *moral insanity*. Въ этомъ состояніи преступленія могутъ встрѣчаться очень нерѣдко, въ виду особенной склон-

ности такихъ больныхъ къ ссорамъ, вспышкамъ, гнѣву, лжи, мошенничеству и т. д. Степень виѣняемости такихъ преступниковъ стоитъ въ прямой зависимости отъ продолжительности злоупотребленія морфіемъ, степени пораженія умственной дѣятельности, степени проявленія *moral insanity* и маразма. Въ началѣ проявленія болѣзни такіе преступники въ моментъ отрезвленія должны быть вполне виѣняемы, какъ всѣ люди, имѣя для себя смягчающимъ обстоятельствомъ нервно-патологическую наслѣдственность, если таковая существуетъ. Напротивъ, въ состояніи *moral insanity* и полного душевнаго и тѣлеснаго маразма такіе люди невиѣняемы даже между приступами опьяненія, ибо ихъ центральная нервная система бываетъ, въ такой степени разстроена, что такіе люди съ полнымъ правомъ могутъ быть отнесены къ отдѣлу слабоумныхъ, а потому людей и неправоеспособныхъ и невиѣняемыхъ. Промежутокъ между этими двумя состояніями полного обладанія сознаниемъ и слабоумія выполняется пониженіемъ виѣняемости пропорціонально измѣненію нравственнаго и умственнаго облика морфіомана, происшедшаго подъ вліяніемъ хроническаго отравленія морфіемъ.

Состояніе появленія приступовъ страстнаго желанія новыхъ пріемовъ морфія или *морфійнаго голода* (*l'état du besoin*) въ миниатюрѣ приближается къ состоянію дипсоманіи. Въ такомъ состояніи преступленія и возможны и совершаются, почти всѣ они обусловливаются стремленіемъ добыть морфія. Виѣняемость и правоспособность такихъ лицъ та же самая, что и въ вышесказанномъ случаѣ состоянія отрезвленія и должна быть понижена только на одну степень, въ виду появленія болѣзненнаго побужденія въ видѣ морфійнаго голода.

Состояніе *насилъственнаго прекращенія* пріемовъ морфія у морфіомана всегда сопровождается цѣлымъ рядомъ очень рѣзкихъ и серьезныхъ нервныхъ разстройствъ, при чемъ въ душевной области рѣзко проявляются приступы очень сильной тоски, безотчетнаго страха, волненія, рѣзкаго возбужденія, иллюзій и галлюцинацій, бреда преслѣдованія и т. д. Но надъ всѣмъ этимъ царитъ непреоборимое и непреодолимое побужденіе къ пріемамъ морфія. Если *l'état du besoin* представляетъ собою подобіе дипсоманіи, то этотъ моментъ является въ полномъ смыслѣ слова равнымъ дипсоманіи, а потому и отвѣтственность и правоспособность такихъ людей должна быть приравнена къ таковымъ же при дипсоманіи.

Въ случаѣ возникновенія вопроса о симуляціи при морфіоманіи Obersteiner <sup>1)</sup> совѣтуетъ обращать вниманіе на то обстоятельство, что прекращеніе пріемовъ морфіа у настоящихъ морфіомановъ всегда вызываетъ послѣдующія явленія нервнаго расстройства, тогда какъ у симулянтовъ эти явленія не могутъ развиваться.

Если при морфіоманіи развиваются галлюцинаціи, то ихъ появленіе почти всегда сопровождается нѣкоторымъ потемнѣніемъ сознанія и бредовыми идеями. Картина болѣзни принимаетъ видъ *delirii tremetis* алкоголика и съ правомъ можетъ быть отнесена къ отдѣлу аменціи (Meunert'a). Эта форма болѣзни можетъ развиваться какъ въ періодъ насильственного прекращенія пріемовъ морфіа, такъ и во время злоупотребленія морфіемъ. Разумѣется, и въ этомъ случаѣ могутъ быть различныя степени потемнѣнія сознанія и различныя степени умственного расстройства,—а потому и возможность возникновенія вопроса о большей или меньшей степени виѣняемости. Въ общемъ, однако, можно согласиться, что преступленія морфіомана, совершенныя въ аментномъ состояніи его умственныхъ способностей не могутъ быть виѣняемы,—а равно и распорядительныя дѣянія его лишены граждансой правоспособности.

Наконецъ, при морфіоманіи можетъ возникать параноя и развиваться слабоуміе. Я думаю, что дѣянія морфіомана, совершенныя въ состояніи параной, или слабоумія, должны быть разсматриваемы, какъ дѣянія параноика, или слабоумнаго, и соотвѣтственно этому, имъ должно придавать извѣстное соотвѣтственное опредѣленіе отвѣтственности и правоспособности.

Покончивъ съ больнымъ, намъ остается сказать нѣсколько словъ о лицахъ, при посредствѣ коихъ морфіоманы могутъ добывать себѣ морфіи. Морфіи принадлежитъ къ медицинскимъ сильно дѣйствующимъ средствамъ и потому долженъ отпускаться изъ аптекъ при тщательномъ надзорѣ управляющими. Морфіоманы могутъ добыть морфіи или по рецепту врача, или по незаконному отпуску изъ аптеки. Безъ врача и аптекаря морфіа добыть нельзя; поэтому прекратить морфійное пьянство легче, чѣмъ прекратить пьянство алкогольное. Очень вѣроятно, что добросовѣстности русскаго врача и строгости содержанія русскихъ аптекъ мы обязаны тѣмъ, что морфіоманія

<sup>1)</sup> Obersteiner, Centralblatt für Nervenheilkunde, 1884.

въ очень слабой степени существуетъ въ Россійской Имперіи. Авторъ отъ всей души желаетъ продолженія и той нравственной чистоплотности русскаго врача, которая нынѣ въ этомъ отношеніи наблюдается, и тому содержанію аптекъ въ страхѣ Божіемъ, который нынѣ существуетъ; если бы и по отношенію къ алкоголю были приняты подобныя мѣры, то Россійская Имперія выиграла много отъ этого. Тѣмъ не менѣе морфіоманія, хотя и въ малыхъ размѣрахъ, у насъ существуетъ. Значить, находятся врачи, которые безсознательно или сознательно способствуютъ гибели человѣка,—и, безусловно, находятся аптекаря, которые незаконно отпускаютъ большія количества морфія безъ рецептовъ, или по незаконнымъ рецептамъ.—Этой статьей авторъ высказываетъ полное ученіе по судебной психопатологіи относительно преступленій, совершаемыхъ морфіоманами.

*Михаилъ Поповъ.*

**Д-ръ Э. Ф. Веллишъ**, Дѣло о насильственной смерти дворянки Александры Адассонъ въ Харьковской губернской земской больницѣ, Вѣстникъ общественной гігіены, 1893, 5 и 6.

Дворянка Александра Адассонъ, помѣщенная въ Харьковскій домъ умалишенныхъ, въ одну прекрасную ночь оказалась въ своей постели удушенной. Явился вопросъ: произошло ли здѣсь самозادушеніе, или задушеніе постороннею рукою? За самозadушеніе говорило то, что она душевная больная и слѣдовательно, могла произвести актъ самозadушенія подъ вліяніемъ бредовыхъ идей, приступовъ тоски и проч. Съ этой цѣлью на открытое разбирательство дѣла были приглашены эксперты психіатры, проф. П. И. Ковалевскій и И. Я. Платоновъ. Нужно добавить, что непосредственно передъ поступленіемъ въ Харьковскій домъ умалишенныхъ она находилась въ лечебницѣ д-ра Платонова, гдѣ ее наблюдалъ и проф. Ковалевскій и гдѣ установленъ былъ діагнозъ большой истеріи. Судя по даннымъ скорбнаго листа Харьковскаго дома умалишенныхъ и свидѣтельскимъ показаніямъ на судѣ, можно было установить, что Адассонъ въ Харьковскомъ домѣ умалишенныхъ представляла явленія истерическаго помѣшательства. Установивъ этотъ фактъ, проф. Ковалевскій и д-ръ Платоновъ высказали мнѣніе, что, находясь въ таковомъ безнадежномъ состояніи, Адассонъ могла проявлять попытки къ самоубійству, но въ огромномъ большинствѣ случаевъ, истеричные проявляютъ эти попытки такъ, чтобы ихъ покушеніе никакъ не достигло надлежащаго исхода, почему эксперты, проф. Кова-

левскій и д-ръ Платоновъ не отрицали возможности попытокъ къ самоубійству въ вышеуказанномъ смыслѣ. Присутствовавшіе на судѣ эксперты проф. Крыловъ и приватъ-доцентъ Беллинъ безспорно доказали, что смерть Адассонъ произошла отъ воздѣйствія посторонней руки". Слѣдствіемъ установлено, что убійство могло произойти только между 11—12 часами вечера 7 апрѣля, при чемъ одна изъ обвиняемыхъ около 12 часовъ ночи, или нѣсколько позже, явилась къ своему дядѣ, живущими вблизи больницы, растрепанная, съ свѣже-поцарапаннымъ лицомъ и изорванной сорочкою („пальцы знать“) и на вопросъ о причинѣ такого ея вида, сообщила, что въ больницѣ взбунтовались больные, что всѣ служанки разбѣжались. Всѣ дежурныя въ ночь убійства служанки, обвиняемыя Б., Х. и Г., вышедши въ этотъ день изъ больницы, вечеръ провели виѣстѣ въ гостинницѣ, гдѣ пили чай и водку со своими знакомыми. Въ 10-мъ часу вечера, онѣ, подвыпивши, возвращались на дежурство, которое должно было начаться въ 9 ч. вечера; Б. гдѣ то по пути задержалась и время возвращенія ея въ больницу не установлено. Несомнѣнно только, что она, явившись послѣ полуночи къ дядѣ, осталась почевать тамъ и оттуда утромъ пошла въ больницу. По установленнымъ слѣдствіемъ порядкамъ, существовавшимъ въ больницѣ, она могла явиться незамѣченною дежурными фельдшерницею и надзирательницею и также незамѣченною уйти. Дверь отпирала сами служанки. По собственному признанію Б. на предварительномъ слѣдствіи она часовъ въ 11 возвратилась въ больницу. Явившись въ больницу и вышедши въ отдѣленіе черезъ дверь на черномъ ходѣ, Х. и Б. сообщили ей, что Адассонъ буйствуетъ и никакъ нельзя ее усмирить. Вошедши въ изоляціонную комнату, она застала Адассонъ сидящею на полу, стучащею ногами и разбрасывавшею все, что было на постели. Она схватила тогда Адассонъ сзади руками и удерживала ее, пока другія служанки—обвиняемыя—стлали ея постель, затѣмъ больную уложили на постель и удерживали. Будучи сильно пьяною, Б. ушла будто бы изъ комнаты больницы и что послѣдовало дальше, не знаетъ. О смерти Адассонъ узнала будто бы только утромъ. Присяжные засѣдатели приговоромъ своимъ признали фактъ неумышленного, во время усмиренія, удушенія дворянки Адассонъ, признали въ то же время обвиняемыхъ, содержащихся уже болѣе года въ тюрьмѣ, не виновными.

Вообще разбирательство этого дѣла раскрыло очень много грязи изъ жизни Харьковскаго дома умалишенныхъ и обстоятельный трудъ автора представляетъ только дистиллированныя данныя.

*В. А. Тихомировъ.*

**Д-ръ Эповъ,** О патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ периферической нервной системѣ.

Въ прошломъ году мы реферировали эту работу съ патолого-анатомической точки зрѣнія; но она содержитъ не безъ интересныхъ данныя и о нормальномъ строеніи нерва. Вотъ данныя автора: осевой цилиндръ по размѣрамъ относится къ миелиновой оболочкѣ не какъ 1:4 или даже 1:7, а какъ 3:5 или даже 4:5, т. е. онъ несравненно большихъ размѣровъ, чѣмъ это было принято до сихъ поръ. Ложныя картины получились вслѣдствіе обычныхъ несовершенныхъ способовъ уплотненія нервовъ при помощи двухромислаго кали. Осевой цилиндръ въ нормальномъ состояніи студенистой консистенціи, способенъ сохранить свою форму и даже обладаетъ нѣкоторою упругостью, что зависитъ отъ существующаго между фибриллами бѣлковинаго вещества. Миелиновая оболочка слоиста, число слоевъ въ вполне развитыхъ волокнахъ простирается отъ 4 до 5. Промежуточное вещество между слоями миелина также состоитъ изъ бѣлковаго тѣла. Миелиновая оболочка образуется не изъ протоплазмы клѣточного элемента Шванновской оболочки, какъ думаетъ Ранвье, а изъ бѣлковаго вещества самого осевого цилиндра. Аксолеммы не существуетъ. Фроммановская поперечная полосатость получается искусственно и зависитъ отъ характера свѣтопреломляемости въ миелиновой оболочкѣ. Утолщеніе миелиновой оболочки около перетяжекъ Ранвье явленіе патологическое, точнѣе говоря— есть самый первый признакъ реакціи нерва на раздраженіе. А такъ какъ, по общему убѣжденію, нервъ питается черезъ перетяжку Ранвье, то такое раздраженіе существуетъ почти постоянно. Вотъ почему и утолщенія встрѣчаются постоянно и тѣмъ большихъ размѣровъ, чѣмъ сильнѣе было раздраженіе нерва. Безмякотныя Ремаковскія волокна не вѣтвятся.

*Н. М. Васильевъ.*

**Prof. Grimaldi,** Алкогольное паралитическое помѣшательство, (Pseudo-paralysis generalis alcoholica) Nuova Rivista, 1893 г.

Авторъ сначала указываетъ на то, что за 6 лѣтъ онъ не видѣлъ ни одного случая съ ясно выраженнымъ алкогольнымъ



психозомъ, хотя онъ встрѣчалъ лицъ съ сильной склонностью къ вину. Впрочемъ, изъ провинціи Reggio-Calabria явился одинъ больной съ алкогольнымъ помѣшательствомъ. Является вопросъ, откуда же алкоголизмъ въ провинціи Калабрин? Если сравнить цифры смертности отъ алкоголя въ этой провинціи, то окажется, что за періодъ времени отъ 1882 до 1891 года (1891) эта цифра, начиная отъ 0, постепенно подымалась, пока не дошла въ 1891 году до 16. Въ провинціи Reggio смертность отъ той же причины была вообще значительно меньше и достигала въ 1891 году 1. Въ виду этого съ ужасомъ приходится смотрѣть на провинціи Италіи, гдѣ дурныя послѣдствія алкоголя возрастаютъ быстро; напримѣръ: въ Piemonte въ 1881 г. число смертныхъ случаевъ отъ алкоголя было 31, а въ 1890 году—54; въ Lombardia—въ 1880—67, а въ 1890—119. Впрочемъ, такое явленіе не есть мѣстное. Авторы всѣхъ странъ констатируютъ за послѣдніе годы возрастаніе употребленія алкоголя. Цивилизація и возрастающая экономическая нужда, прогрессъ и трудности жизни побуждаютъ человѣчество напиваться до забвенія алкоголя. Въ ожиданіи соціальной реформы съ болѣе равнымъ распределеніемъ богатства ищутъ той же иллюзіи въ отравленіи. Отсюда и происходитъ возрастаніе случаевъ алкоголизма. Затѣмъ авторъ излагаетъ свой случай алкогольнаго ложнаго паралича. Авторъ, не останавливаясь долго на причинахъ болѣзни въ своемъ случаѣ, дѣлаетъ нѣсколько общихъ замѣчаній. А именно, авторъ задается вопросомъ, что дѣлаетъ алкоголь? Онъ приходитъ къ выводу, что на здоровой, непредрасположенной почвѣ алкоголизмъ не можетъ развиваться. Для этого требуются особенныя состоянія нервной системы, которыя составляютъ такъ называемый алкогольный діатезъ и благопріобрѣтенный, и наследственный. Это предрасположеніе выражается или въ томъ же самомъ алкоголизмѣ, или въ какой нибудь другой нервной или душевной болѣзни. Къ порядку предрасполагающихъ моментовъ относятся также тѣ отношенія, какія существуютъ между алкоголизмомъ и преступностью, равно какъ между алкоголизмомъ и проституціей. Изъ 94 больныхъ изъ провинціи Reggio-Calabria 15,95% суть преступники; изъ тѣхъ 12 предавались вину въ большей или меньшей степени. На основаніи юридической статистики въ Итальянскомъ королевствѣ за 1870 г. 113 преступленій, совершенныхъ въ гнѣвъ или въ состояніи опьяненія, распредѣлялись такъ: противъ общественнаго порядка—5,—противъ личности—108. Относительно своего боль-

ного авторъ выражается, что онъ одинъ изъ тѣхъ несчастныхъ со врожденно предрасположенной нервной системой, которые, разъ предались они алкогольнымъ излишествахъ, не отстанутъ отъ этого порока до самой смерти. Психо-нейротическая наслѣдственность проявляется у него въ достаточной степени: бабка по матери—душевно больная; мать умерла отъ туберкулеза; дядя и самъ отецъ если и не душевно больные, то во всякомъ случаѣ съ большими странностями. Аномальная натура этого больного вскорѣ и проявилась въ склонности къ алкоголю и къ разгульной жизни. Первые явленія психопатіи проявились у него, когда больному было 23 года. Въ состояніи опьяненія больной получилъ склонность къ безсвязнымъ разговорамъ или порнографическимъ, или политическимъ, или аскетическимъ. Позже онъ бросилъ всякій трудъ и сдѣлался постояннымъ посѣтителемъ кабаковъ. Въ клиническомъ теченіи болѣзни представляла 3 стадіи: первый стадій возбужденія, когда больной говоритъ безсвязныя рѣчи предъ публичкой погребковъ; второй, когда рѣчи увядали въ атмосферѣ тяжелой, холодной, глубокой тоски; третій, когда развился спутанный бредъ съ характеромъ преслѣдованія, оживленный зрительными галлюцинаціями, образами смерти, изображеніями святыхъ, демонами съ огненными глазами, родившимися подъ кроватью. Въ этой послѣдней фазѣ усилились разстройства въ сферѣ волевыхъ дѣйствій: импульсы къ самоубійству, доходящіе до *gertus* или какъ реакція на состояніе чувственного бреда (нападаетъ на отца, бѣжитъ изъ дому, предполагая, что онъ находится въ опасности); *pescofilia* (вырываетъ трупъ племянника въ надеждѣ воскресить его); преступленія противъ собственности (старается завладѣть землею, которую продалъ). Всѣ эти поступки указываютъ на отсутствіе этико-юридическаго чувства вслѣдствіе психической слабости. Съ физической стороны онъ представлялъ очень сильную анемію, падающіе волосы, истонченные мускулы. Въ послѣднемъ періодѣ слабость мышечная перешла въ настоящіе параличи: правая рука не могла удерживать предметовъ, нижняя конечность подгибалась при стояніи; пищевой комокъ застревалъ въ пищеводѣ. Что касается до діагноза страданія, то авторъ не высказывается категорически; правда, много симптомовъ говоритъ за *paralysis progressiva*: дрожь языка, рукъ и нетвердость походки, паретическія явленія на лицѣ, слабость памяти, странность представленій съ преобладаніемъ идей преслѣдованія—вотъ данныя въ пользу такого

діагноза. Но преобладаніє слуховыхъ галлюцинацій, ихъ постоянный характеръ, импульсивные, какъ бы эпилептоидные приступы, потемнѣніє сознанія съ послѣдующей аменціей—говорятъ противъ такого діагноза. Принимая во вниманіє анамнезъ, приходится придти къ выводу, что имѣемъ дѣло или съ паралитическимъ психозомъ, происшедшимъ изъ хроническаго алкоголизма, или съ тою формою хроническаго алкоголизма, которая извѣстна подъ именемъ pseudo-paralysis alcoholica? Существуетъ-ли однако этотъ послѣдній? Въ теченіи хроническаго алкоголизма бываютъ стадіи, очень по своимъ симптомамъ напоминающіе общій параличъ; таковы: психическая слабость, расстройство походки и языка. Но существуютъ между тѣмъ и другимъ различія, которыя Frigerio въ Италіи формулировалъ въ слѣдующей таблицѣ:

Психовы паралитическіе.

Психовы алкогольныя.

### Причины:

Злоупотребленіє физической, интеллектуальной и моральной жизнью.

Злоупотребленіє виномъ и спиртомъ.

### Симптомы:

Бредъ грандіозности, депрессивный, безсвязный и измѣняющійся.

Бредъ преслѣдованія, бредъ грандіозности рѣдко.

Безъ импульсивныхъ влеченій, измѣчивость міоза и миодриазъ зрачка.

Съ импульсивной тенденціей,—постоянное неравенство зрачка.

Двигательныя нисходящія расстройства (отъ языка къ нижнимъ конечностямъ), частыя желудочныя расстройства.

Двигательныя восходящія расстройства (ограничивающіяся также нижними конечностями), расстройства желудочныя рѣдки и въ послѣднемъ стадіѣ.

### Прогнозъ.

Неблагопріятный почти всегда.

Благопріятный въ большинствѣ случаевъ.

*Патологическая анатомія.*

Атрофія корки, гиперпластическое развитие соединительнотканыхъ клѣтокъ, жировая и коллоидная дегенерация гангліозныхъ клѣтокъ. Рѣдка атеромазія. Отсутствіе цирроза.

Аномаліи питанія черепныхъ костей, атеромазія артерій, жировая инфильтрація печени, сердца, почекъ. Циррозъ печени.

Ball, какъ на отмѣченный признакъ, указываетъ на то, что при алкогольномъ параличѣ дрожь массовая, охватывающая членъ *in toto*,—при прогрессивномъ параличѣ дрожь фибриллярная, едва замѣтная, по преимуществу захватывающая языкъ и губы. Измѣненія чувствительности при хроническомъ алкоголизмѣ также могутъ служить отличіемъ; а именно, Магнап указалъ, что на парализованной сторонѣ чувствительность и тактильная и болевая въ 8—9 разъ болѣе притуплена, сравнительно съ нормальной. Параличи, кромѣ того, могутъ представлять ремиссии и затягиванія болѣзни на 20—30 лѣтъ. Изъ разсмотрѣнія всѣхъ этихъ признаковъ авторъ приходитъ къ убѣжденію, что ни одинъ изъ нихъ не является хорошимъ критеріемъ для отличія общаго ложнаго паралича. Единственнымъ, годнымъ для дифференціального діагноза критеріемъ является этико-дегенеративный характеръ алкогольныхъ психозовъ. Въ то время какъ при прогрессивномъ параличѣ нѣжность и благородство души украшаютъ интеллектуальную слабость, при алкогольномъ параличѣ деликатныя чувства ослабляются болѣе замѣтно въ пользу чувствъ болѣе низкихъ. Этико-дегенеративный характеръ обнаруживается у описываемаго авторомъ больного очень ясно: кромѣ дегенеративной наслѣдственности, ссоры съ родителемъ,—бездѣлье, разгульная жизнь, поползновеніе на чужую собственность, профанация могилъ представляютъ пассивъ этого больного, носящій на себѣ этико-дегенеративный характеръ. Въ заключеніе авторъ перечисляетъ признаки, на основаніи которыхъ онъ въ своемъ случаѣ поставилъ діагнозъ „алкогольное паралитическое помѣшательство“. Они суть: 1) злоупотребленіе виномъ, 2) маниакальныя, а затѣмъ меланхолическія состоянія *a potu*, 3) явленія алкоголизма: усиленіе этико-дегенеративнаго характера, мускульная слабость, ужасающія галлюцинаціи, *habitus alcoholicus*, 4) бредъ преслѣдованія съ импульсивностью, 5) моторныя разстройства (парезы, дрожь), 6) посредственная связь въ теченіи идей, 7) замѣтное ослабленіе симптомовъ въ лечебницѣ,—ремиссии болѣзни.

*Я. Я. Трутовскій.*

**Prof. Bianchi e Piccinino**, Инфекціонное происхожденіе остраго бреда (*Sull'origine infettiva del delirio acuto*, *Academia medico-chirurgica di Napoli*, 1893).

Авторъ, указавши на то, что до сихъ поръ душевныя разстройства не изучались въ бактериологическомъ отношеніи, обращаетъ вниманіе на тѣ случаи остраго бреда, при которыхъ нельзя было опредѣлять менингита. Въ двухъ изъ такихъ случаевъ онъ вмѣстѣ съ д-ромъ Piccinino произвелъ бактериологическое изслѣдованіе крови. Онъ при этомъ нашелъ bacillus, очень напоминающій *b. carbunculi* и *b. subtilis*. Культуръ на желатинѣ и на глицериновомъ агарѣ даютъ на 3-й день колоніи бациллъ. Кролики послѣ инъекцій бульонныхъ культуръ обнаруживаютъ сильный упадокъ силъ и не принимаютъ пищи до слѣдующаго дня. Инокуляція маленькихъ собакъ произвела смерть въ 2-хъ случаяхъ изъ 3-хъ съ явленіемъ профузной геморрагіи брюшныхъ органовъ. Бактериологическое изслѣдованіе дало присутствіе бацилла въ мягкой мозговой оболочкѣ. Эта бацилла медленно пугтитъ желатину снизу вверхъ. На агарѣ даетъ плѣнки, а въ пептонизированномъ бульонѣ вызываетъ легкое помутнѣніе. На картофелѣ не культивируется, а въ молокѣ не даетъ свертковъ. Въ каплѣ бульона бациллы подвижны: движеніе очень живо при  $t^{\circ} 30^{\circ}$ . Наилучшее развитіе бацилла испытываетъ при  $30^{\circ} C.$ ; ниже  $18^{\circ}$  и выше  $45^{\circ}$  совсѣмъ не развивается. На основаніи своихъ наблюденій авторъ допускаетъ, что въ *delirium acutum* можно различать 2 формы: одна форма является фазою другой мозговой болѣзни, другая — самостоятельная болѣзнь, которая узнается по присутствію уже описаннаго микроорганизма.

*Я. Я. Трутовскій.*

**G. B. Pellizzi**, Объ инфекціонномъ происхожденіи гематомы уха у душевно-больныхъ (*Sull'origine infettiva dell'oto-ematoma dei pazzi*, *Rivista sperimentale di freniatria*, 1893, V. XIII, Fasc. III—IV).

Относительно гематомы уха съ этиологической точки зрѣнія авторы расходятся между собою. Одни считаютъ травму главнымъ причиннымъ моментомъ; другіе приписываютъ вазомоторнымъ и трофическимъ разстройствамъ то центральнаго, то периферическаго происхожденія, главное участіе въ этомъ болѣзненномъ процессѣ. Объ инфекціонномъ характерѣ заболѣванія ни одинъ авторъ не упоминаетъ. Авторъ сообщаетъ 6 случаевъ haematoma уха, наблюдавшихся имъ въ іюлѣ прошла-

го года. Въ 5 изъ этихъ случаевъ авторъ произвелъ бактериологическое изслѣдованіе. При этомъ онъ совѣтуетъ употреблять слѣдующія предосторожности, чтобы собрать жидкость изъ полости ото-haematoma. 1°. Дѣлать глубокій и длинный разрѣзъ черезъ то мѣсто, гдѣ существуетъ флюктуація и затѣмъ быстро собрать нѣсколько капель серозно-кровянистой жидкости. 2°. Въ каждую трубочку для культуры нужно помѣстить не менѣе 3-хъ толстыхъ капель серозно-кровянистой жидкости, полученной изъ полости haematoma. Авторъ производилъ культуры на глицериновомъ agaragar. Препараты, окрашенные по методу Gram и Weigert, обнаруживали присутствіе микрококковъ то расположенныхъ по одиночкѣ, то собранныхъ по двое, или сгруппированныхъ въ цѣлыя колоніи изъ 4—8 элементовъ. Изслѣдованіе крови изъ другихъ частей тѣла давало всегда отрицательный результатъ. Культуры развивались при 37° и на 3—4 день давали зародышей всегда одинаковыхъ и морфологически и біологически. Колоніи маленькія, бѣловато-сѣроватыя; при ростѣ онѣ достигаютъ величины булавочной головки. Что касается біологическихъ свойствъ, то во всѣхъ случаяхъ можно было сравнивать наблюдавшагося микроорганизма съ *streptococcus piogenes* или съ *streptococcus roji*. При культурѣ по Эсмарху, на другой день появляются въ желатинѣ слои глубокіе, мелко точечные, бѣловатые, которые въ длину достигаютъ миллиметра. Подъ микроскопомъ они оказываются кругловатыми, бѣловато-бураго цвѣта, съ ясными краями и съ ясно-зернистымъ содержимымъ. При культурахъ на желатинѣ всегда развиваются характерные кокки рожи. Что касается патогенныхъ свойствъ этихъ культуръ, то авторъ изслѣдовалъ ихъ на мышахъ и на кроликахъ. У первыхъ подкожное впрыскиваніе не производило никакого дѣйствія; у вторыхъ, при впрыскиваніи въ ухо, развивалась сильная краснота, жаръ и опухоль края уха на мѣстѣ впрыскиванія. На 6 или 7-й день послѣ этого послѣдняго въ срединѣ опухшаго мѣста появлялось желтовато-бѣлое пятнышко, которое все болѣе и болѣе возрастало и развивался абсцессъ. Въ гноѣ находился тотъ же микроорганизмъ. Если авторъ производилъ травму уха кролика посредствомъ деревяннаго молоточка и затѣмъ одному такому экземпляру производилъ подкожную прививку культуръ, а другому нѣтъ, то у перваго развивалось воспаленіе съ образованіемъ гноя,—у другаго же на 8-й или 9-й день совершенно все безъ всякаго слѣда заживало. Перерѣзка *p. symptomaticus* или *p. auricularis*, какъ предпола-

гаетъ авторъ, оказываетъ вліяніе то усиливающее, то уменьшающее дѣйствіе впрыскиванія постоянного зародыша. На второмъ и на 6-мъ случаѣ авторъ произвелъ гистологическое и бактериологическое изслѣдованіе. При этомъ оказалось, что по стѣнкѣ полости *oto-haematomaе*, состоявшей изъ инфильтрата лимфoidныхъ клѣтокъ и покрытой обильно кровяными тѣльцами, разсѣяны въ большомъ обиліи тѣ же кокки, которые развивались въ культурѣ. Они то соединены въ цѣпи, изъ 8—10 штукъ, то представляются изолированными,—вообще они разсѣяны равномерно по всей стѣнкѣ. Кое гдѣ находятся очаги, гдѣ кокки особенно многочисленны; эти очаги находились всегда въ соединеніи съ поверхностью полости. Хрящъ представлялъ въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ вселился стрептококкъ, разрывъ, ограниченный синуозной и неправильной линіей. Въ виду упомянутого расположенія бактерій, чтобы имѣть положительные результаты, необходимо для посѣва брать кровь не изъ поверхности, а изъ разрѣза, прошедшаго черезъ весь хрящъ. Бактериологическое изслѣдованіе кусочковъ другихъ органовъ дало отрицательный результатъ. Въ шестомъ, какъ и во второмъ случаѣ, полость *oto-haematomaе* заключала кокки, соединенные, большею частью въ цѣпи изъ 6—10 элементовъ; разница сводилась лишь на то, что стрептококки не ограничивались полостью, а располагались также и въ пегляхъ подкожной соединительной ткани. Утолщеніе хряща является, безъ сомнѣнія, слѣдствіемъ пролифераціи тѣхъ пунктовъ, которые поражены были патогеннымъ зародышемъ. Авторъ не рѣшаетъ вопроса, походитъ ли имъ полученная бактерія на *streptococcus erisipilas*, или *ruagenus*, но полагаетъ, что при *oto-haematoma* бываетъ одна форма бактерій, которая, смотря по различнымъ условіямъ, производитъ то рожу, то нагноеніе. Такой взглядъ подтверждается и клиническими данными. Первая фаза развитія *oto-haematomaе* всегда походитъ на начало рожи. Всѣ признаки этой послѣдней, какъ краснота, опухоль, жаръ, ощущеніе зуда, обыкновенно на лицѣ. Появленіе *oto-haematomaе* также наблюдается при тѣхъ же условіяхъ, какъ и рожи: и та, и другая обыкновенно примыкаютъ къ маленькимъ, кожнымъ раненіямъ, служащимъ мѣстомъ для введенія инфекціи. Въ виду этого авторъ болѣе склоняется къ тому мнѣнію, что микроорганизмъ, вызывающій *oto-haematoma* болѣе всего подходитъ къ *streptococcus*. Если же онъ и не вызываетъ ни рожи, ни обширнаго нагноенія, то это объясняется или его ослабленіемъ, или мѣстными ана-

томическими условіями уха, гдѣ микроорганизму приходится развиваться въ плотной ткани хряща. Путемъ прививокъ, автору удалось добиться измѣненій ушнаго хряща у кроликовъ, похожихъ на измѣненія, бывающія у человѣка при *oto-haematoma*. *Oto-haematoma* чаще всего авторъ встрѣчалъ при прогрессивномъ параличѣ, затѣмъ при острой маніи, при хронической маніи и, наконецъ, при *dementia*. Естественно допустить, что при тѣхъ формахъ душевнаго расстройства, гдѣ спутанность, безпорядочность и возбужденіе больше, и гдѣ, стало быть, травма и сопровождающая ея инфекция вѣроятнѣе, тамъ и *oto-haematoma* чаще. И, дѣйствительно, при *paralysis progressiva* и *lipemania* она наблюдается чаще всего. Многіе авторы признають, что появленіе *oto-haematomae* значительно ухудшитъ предсказаніе при душевной болѣзни; другіе не приписываютъ этому расстройству никакого значенія. Авторъ присоединяется къ этимъ послѣднимъ. Онъ придерживается хирургическаго леченія *oto-haematomae*. Для производства разрѣза самымъ удобнымъ моментомъ онъ считаетъ тотъ, когда полость образовалась и флюктуация начинаетъ ощущаться. Разрѣзъ долженъ быть проведенъ во всю длину опухоли. Когда серозно-кровоянистая жидкость удалена, стѣнки полости промываютъ растворомъ сулемы 2:1000. Промывку нужно продолжать довольно долго; послѣ промывки полость закладываютъ марлей или ватой, пропитанной тѣмъ же растворомъ субмината. Полость *oto-haematomae* оставляютъ открытой около 5 дней, постоянно промывая, пока полость не сдѣлается асептической. По прекращеніи промывки, полость быстро затягивается, оставивъ линейный, едва видимый, рубецъ. Факты клиническіе и анатомическіе, бактериологическіе и экспериментальныя наблюденія побуждаютъ автора допустить для *oto-hematoma* душевно-больныхъ инфекціонное происхожденіе. Это послѣднее обусловливается особымъ коккомъ, представляющимъ въ видѣ цѣпей, состоящихъ изъ 4—10 элементовъ, и очень похожимъ на *streptococcus erisipelae* и на *streptococcus piogenus*. Форма умственнаго расстройства, при которомъ появляется *oto-haematoma*, имѣетъ очень неважное значеніе; для прогноза она не имѣетъ никакого значенія. Открытіе полости *oto-haematomae* и обильная антисептическая промывка—самый рациональнѣйшій и необходимый методъ леченія. Вскрытіе нужно производить въ началѣ появленія *oto-haematomae*; промывка должна быть повторяема, обильна и производима съ достаточной силой. Необходимо, когда въ отдѣленіи появился



случай *oto-haematomae*, употреблять максимальныя антисептическія предосторожности, чтобы не перенести на другихъ больныхъ зародышъ болѣзни. *Я. Я. Трутовскій.*

**D-r Cesare Agostini**, Изотонія крови у душевно-больныхъ (*Sulla isotonia del sangue negli alienati. Rivista sperimentale di freniatria*, 1892, XVIII, F. III—IV).

Въ началѣ своей статьи авторъ дѣлаетъ историческія ссылки. Онъ упоминаетъ о Witorff'ѣ (1846), который въ крови маниаковъ.. находитъ увеличеніе числа кровяныхъ тѣлецъ; Erlensmeyer'ѣ, пришедшемъ къ тому же выводу по отношенію къ маніи и мономаніи; Marchand de Sainte-Fay, который ставилъ въ зависимость истерію женщинъ и ипохондрію мужчинъ отъ уменьшеннаго содержанія кровяныхъ тѣлецъ (*ipoglobulia*). Bureau, считалъ, что чувственный бредъ и галлюцинаціи обуславливаются ненормальнымъ физико-химическимъ составомъ крови. Изслѣдованіе Raggi (1880) показало, что дефектъ Нб существуетъ въ трети всѣхъ изслѣдуемыхъ имъ субъектовъ. Болѣе подробное изслѣдованіе произвелъ Seppili и пришелъ къ выводу, что уменьшеніе числа кровяныхъ тѣлецъ (*ipoglobulia*) и исчезаніе Нб. встрѣчается наиболѣе часто въ первыхъ стадіяхъ помѣшательства и чаще у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ. Такую же *ipoglobulia* наблюдалъ и Brancalone въ 1884 году. Въ 1891 году авторъ нашелъ тезисъ къ диссертациі Winkler'а, который гласитъ: въ случаяхъ *mania*, *melancholia*, *paranoia acuta*, *ipochondria* и *alcoholismus* содержаніе Нб. ниже нормы; вмѣстѣ съ пониженіемъ экзальтаціи или депрессіи понижается содержаніе Нб. Приступы паралича вызываютъ обѣдненіе крови Нб.,—такое-же обѣдненіе даютъ судорожныя состоянія, слѣдующія за эпилептическимъ припадкомъ; самъ же приступъ совершенно свободенъ отъ подобнаго результата. Новое поле изслѣдованія открылось для гематологовъ со времени гениальной работы Maraglio по относително специфической устойчивости краснаго кровяного тѣльца. Известно, что Нб оставляетъ тѣлце въ присутствіи *Aq. destillatae* и не покидаетъ въ присутствіи солянаго раствора опредѣленной концентраціи. Такимъ образомъ, устойчивость гемокита можетъ быть измѣрена количествомъ соли, необходимой для того, чтобы воспрепятствовать растворяющему дѣйствію *Aq. destillatae*. Эта сила сопротивленія названа Hamburger'омъ *isotonia*. Авторъ задался цѣлью изучить степень изотоніи при различныхъ душевныхъ болѣзняхъ, а также чи-

сло кровяныхъ тѣлецъ и содержаніе Hb. Авторъ произвелъ изслѣдованіе на 200 больныхъ, 128 мужчинъ и 72 женщины. Что касается формы болѣзни, то тамъ было: mania 10; melancholia 22; paranoia 12; imbecillitas 25; idiotia 5; neurosi pellagrosi 53; epileptici 20; isterici 6; alcoholici 8; siphilitici 2; paralitici 15; dementia consicativa 22. На основаніи своихъ наблюденій надъ изотолической силой крови, авторъ устанавливаетъ: 1. Средняя фізіологическая сопротивляемость колебалась для мужчины 0,44 grm.—0,46 grm.; для женщины отъ 0,46 grm. до 0,48 grm. ClNa на 100 cc. Aq. dest. 2. Изотолическая сила крови душевно-больныхъ въ большинствѣ случаевъ ниже нормы. 3. Послѣ пеллагрозныхъ нейрозозъ значительное уменьшеніе шариковой сопротивляемости наблюдали при меланхолическомъ депрессивномъ состояніи, при идиотіи, при нейрастеніи, при послѣприпадочныхъ эпилептическихъ состояніяхъ, при деменціи послѣ гемиплегіи, при параличахъ алкогольнаго и сифилитическаго происхожденія. 4. Фізіологическая средина встрѣчается у слабоумныхъ, у эпилептиковъ, у истеричныхъ, у паралитиковъ, у спокойныхъ и старческихъ дементовъ. Что касается до количества Hb, опредѣляемаго посредствомъ гемометра Fleischl'я, у здоровыхъ, то авторъ опредѣлилъ средніе въ 90 для мужчинъ и 8 для женщинъ. У пеллагрозныхъ находится 25—30 Hb. У меланхоликовъ: въ 42°/о всѣхъ случаевъ—55—75; въ 45°/о—отъ 75—80; въ 13°/о—отъ 80—90. У маниаковъ: 68°/о дано отъ 70—80; 32°/о—отъ 80—90. У идиотовъ находилось отъ 70—80; у алкоголиковъ отъ 65—80. Что касается числа кровяныхъ тѣлецъ, то авторъ находилъ у душевно-больныхъ ipoglobulia. Принимая за среднее 5 милліоновъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ у мужчинъ и 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> милліона у женщинъ (Фирордъ), можно признать, что 85°/о пеллагрозныхъ (на 90) мужчинъ не достигаютъ средней нормы; у женщинъ 30°/о не достигаетъ 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> милл., а въ 50°/о содержаніе колеблется отъ 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> до 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> милл. При mania авторъ имѣлъ 25°/о ipoglobulia, при melancholia 33°/о; при сифилитическихъ психозахъ 35°/о; при алкогольныхъ 32°/о; при паралитическихъ 23°/о; при истерическихъ 25°/о; при эпилептическихъ 17°/о; при dementiae 24°/о; при imbecillitas 15°/о; при paranoia 19°/о; при idiotia 45°/о. Что касается бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, то ни абсолютное, ни относительное ихъ количество не уклонялось отъ нормы. При изслѣдованіи удѣльнаго вѣса крови душевно-больныхъ, авторъ замѣтилъ, что никакой зависимости не существуетъ

между нимъ (уд. вѣсъ) и числомъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, наоборотъ, полнѣйшая зависимость удѣльнаго вѣса отъ количества Нв. У здоровыхъ онъ колебался отъ 1080—1090 у мужчинъ, отъ 1070—1080 у женщинъ. Физиологическая средняя находима была у эпилептиковъ, слабоумныхъ, паранониковъ, спокойныхъ, старческихъ дементовъ, паралитиковъ и истеричныхъ. Ниже средней нормы дало изъ маніаковъ 32%, изъ меланхоликовъ 60%, изъ идіотовъ 62%. У пеллагрозныхъ удѣльный вѣсъ также ниже нормы. Если сопоставить вѣстѣ isotonia крови, содержаніе Нв и число кровяныхъ тѣлецъ, то оказывается, что при маніакальных формахъ isotonia крови уменьшена, содержаніе Нв ниже нормального, а число кровяныхъ тѣлецъ почти въ предѣлахъ нормы. При депрессивныхъ формахъ и isotonia, и содержаніе Нв, и число кровяныхъ тѣлецъ уменьшено. Еще болѣе эти три фактора падаютъ при токсическихъ формахъ, во главѣ которыхъ стоитъ pellagra. При длительныхъ періодахъ возбужденія, у эпилептиковъ, истеричныхъ, паранониковъ и дементовъ, isotonia падаетъ; также точно уменьшается содержаніе Нв и число кровяныхъ тѣлецъ. При паралитическихъ психозахъ, за исключеніемъ періодовъ возбужденія, isotonia немного ниже нормальной, Нв и число кровяныхъ тѣлецъ находятся въ физиологическихъ предѣлахъ. Изотонія крови въ формахъ возбужденія, гдѣ она была понижена, возвращалась къ физиологической нормѣ въ концѣ періода возбужденія; съ большой медленностью она возвращалась къ нормѣ въ депрессивныхъ формахъ съ наклонностью къ выздоровленію, и еще болѣе медленно при пеллагрозныхъ психозахъ. Устойчивость кровяныхъ тѣлецъ первою нарушается при началѣ нейроза или психоза и послѣднею восстанавливается. Надо признать, что строма гемоцита съ самаго начала чувствуетъ губельное вліяніе ослабляющей физической и моральной причины (инфекціи, интоксикаціи, разстройствъ питанія, душевныхъ аффектовъ), вслѣдствіе этого уменьшается сила удерживанія гемоглобина, отсюда iposatonia; если указанная вредная условія продолжаютъ дѣйствовать, исчезаетъ красящее вещество; а позже разрушается и самая строма гемоцита, отсюда ipoglobulia. При улучшеніи питанія, останавливается дегенеративная работа въ старыхъ элементахъ и въ циркуляцію вступаютъ молодые элементы, способные принять Нв,—отсюда увеличеніе числа гемоцитовъ и содержанія Нв; но такъ какъ вслѣдствіе молодости элементы еще не стой-

ки, то *iprosotonia* продолжается. Съ укрѣпленіемъ организма и съ исчезаніемъ причины слабости изотоническая сила возвращается къ нормѣ. Подобная гипотеза находитъ себѣ подтвержденіе въ томъ, что при лихорадочныхъ состояніяхъ изотоническая сила возрастаетъ, какъ бы вслѣдствіе увеличенія  $Hb$ , тогда какъ въ періодъ послѣлихорадочный сила сопротивленія падаетъ, вслѣдствіе введенія въ циркуляцію молодыхъ клѣтокъ. Тотъ-же взглядъ подтверждаетъ фактъ, что у роженицъ въ первые дни послѣ родовъ изотоническая сила значительно падаетъ, вслѣдствіе большой потери крови. У пеллагрозныхъ при нарушеніи изотоніи кровь представляетъ еще нѣкоторыя особенности. Если въ стеклянку, содержащую обыкновенную кровь, влить соляной растворъ, волненіе жидкости скоро улегается и по прошествіи нѣкотораго времени получается плотный, красный, однообразный осадокъ на основаніи трубочки; если же ту же операцію продѣлать съ пеллагрозной кровью, то волненіе остается гораздо дольше и послѣ 20—24 часовъ получается розоватый осадокъ, какъ бы пылеобразный, расположенный въ видѣ кольца на основаніи трубочки. Пылеобразный характеръ осадка зависитъ отъ того, что гемоглобинъ оставляетъ строму шарика, переходитъ въ растворъ и окрашиваетъ соляной растворъ въ блѣдно-желтый цвѣтъ. Медленность осѣданія гемоцитовъ авторъ ставитъ въ зависимость отъ уменьшенія удѣльнаго вѣса. Подъ микроскопомъ гемоциты оказываются по преимуществу блѣдными, мало сгруппированными въ столбики, различной величины съ преобладаніемъ, впрочемъ, маленькихъ, и изрѣзанны по краю (*poikilociti*). Въ концѣ своей статьи авторъ задается вопросомъ, насколько измѣненный составъ крови вліяетъ на развитіе помѣшательства, или насколько разстройство нервныхъ центровъ влечетъ за собою измѣненіе кроветворенія. По мнѣнію Seppeli, между обѣими группами фактовъ не существуетъ прямой причинности. Авторъ также не рѣшаетъ этого вопроса, но дѣлаетъ слѣдующія замѣчанія. Извѣстно, что сильныя волненія могутъ вызвать быструю и глубокую анемію, т. е. непонятнымъ образомъ нервная система вліяетъ на кроветвореніе. Съ другой стороны, продолжительныя анеміи легко ведутъ за собой различныя нервныя разстройства (парестезіи, нейралгін, головокруженія, зрительныя и слуховыя иллюзіи и т. д.), т. е. кровь бѣдитъ элементами, что и разстраиваетъ питаніе нервныхъ центровъ. Измѣненіе функцій центровъ ведетъ къ измѣненію обмѣна веществъ, вслѣдствіе чего появляются не-

нормальные продукты этого обмена, какъ напр. ацетонъ, спеціальныя токсипы, которые и вызываютъ появленіе меланхолическихъ и ипохондрическихъ формъ. Не смотря на это, не возможно допустить прямой связи между причиной и слѣдствіемъ, хотя должно признать болѣе или менѣе прямое взаимное вліяніе между нервными и душевными расстройствами и измѣненіями крови.

*Я. Я. Трутовскій.*

**Dr Cesari Agostini**, Къ ученію о желудочномъ химизмѣ у пеллагрозныхъ (*Contributo allo studio del chimismo gastrico nei pella-grosi, Rivista sperimentale di freniatria, Vol. XIX, Fascicolo I, 1893.*)

Прежде всего авторъ дѣлаетъ историческій очеркъ развитія ученія о желудочномъ пищевареніи. Начиная съ Реаumur'a, который въ 1752 году изучалъ пищеварительную дѣятельность введеніемъ металлическихъ съ дырами шаровъ въ желудокъ, авторъ приводитъ цѣлый рядъ именъ различныхъ ученыхъ, которые своими работами проливали свѣтъ на ту или другую сторону этого замѣчательнаго процесса. Здѣсь не забыты и Beaumont, изучающій желудочное пищевареніе на канадскомъ охотникѣ съ желудочной фистулой, и Richet, имѣвшій объектомъ для изученія больного съ гастротоміей; и Врасонпѣ, впервые приписавшій кислотность желудочнаго сока содержащейся въ немъ соляной кислотѣ. Вмѣстѣ съ постепеннымъ изученіемъ желудочнаго пищеваренія, начала выясняться также и связь между расстройствами желудочнаго отправления и нервными и душевными страданіями. Правда, уже Гиппократъ указывалъ на то, что ипохондрія можетъ развиться на почвѣ разстроеннаго желудочнаго пищеваренія, но только въ недавнее время было собрано достаточно фактовъ, чтобы окончательно установить вышеуказанную связь. Многие ученые, какъ Kellogg, Broussai, Nasse, Jacobi, Flemming и друг., приводили факты, гдѣ причина умственнаго расстройства лежала въ повторныхъ заболѣваніяхъ желудочно-кишечнаго канала. Все дѣло сводили на автоинтоксикацію продуктами ненормальнаго броженія и разложенія пищевыхъ веществъ. Слѣдствіемъ этой интоксикаціи могутъ быть эпилептиформныя приступы, нейриты, прогрессивный параличъ, острый бредъ, при чемъ патологическая связь между пищеварительной трубкой и мозгомъ съ каждымъ днемъ все болѣе расширяется и обогащается новыми научными наблюденіями. Такъ, Воаз показалъ, что у душевно-больныхъ иногда можно найти измѣненную и чрезвѣрно-кислую секрецію. Тоже самое

\*

можно наблюдать и у нейрастениковъ. У истеричныхъ Bordoni, наоборотъ, часто наблюдалъ недостаточное содержаніе СІН. Богатое наблюденіями изслѣдованіе было произведено въ 1892 г. Leubuscher'омъ и Ziehen'омъ относительно секреціи желудочнаго сока у душевно-больныхъ. Они употребляли методъ Sjöquist'a и пришли къ выводу, что формы и фазы депрессивныя представляютъ стремленіе къ усиленію содержанія СІН въ сокѣ; тоже стремленіе, но въ болѣе слабой степени, представляютъ фазы возбужденія; при хроническомъ алкоголизмѣ и при эпилепсiи не имѣется уклоненій отъ нормы. Но авторы этого изслѣдованія сдѣлали важное упущеніе, опредѣляя содержаніе только свободной СІН и совершенно не касаясь ни органическихъ кислотъ, ни связанной СІН. Они также совершенно не касались случаевъ пеллагры. Авторъ старается пополнить этотъ недостатокъ, задавшись цѣлью изучить желудочный химизмъ у пеллагрозныхъ больныхъ, у которыхъ почти всегда встрѣчаются дѣятельныя и продолжительныя расстройства пищеварительной функціи. Авторъ воспользовался методомъ Winter'a и Науеш'a, такъ какъ путемъ этого послѣдняго можно опредѣлить содержаніе какъ всего СІ, такъ и отдѣльно свободной СІН и соединенной съ альбуминомъ и съ постоянными солями. Изслѣдованіе производилось на 21 человѣкѣ пеллагрозныхъ больныхъ, 16 мужчинъ и 5 женщинъ. Эти больные были съ легкимъ оттѣнкомъ меланхоліи и съ различной степенью послѣдовательной умственной слабости. Свои изслѣдованія авторъ производилъ слѣдующимъ образомъ. Часъ спустя послѣ пробнаго обѣда (50 grm. превращеннаго въ порошокъ сухого хлѣба и 250 grm. воды), онъ извлекалъ зондомъ часть содержимаго желудка и фильтровалъ его. Анализируя результаты, полученные изъ наблюденій, авторъ приходитъ къ выводу, что у пеллагрозныхъ душевно-больныхъ происходитъ весьма значительное измѣненіе желудочнаго химизма. Это измѣненіе тѣмъ замѣтнѣе, чѣмъ старше по возрасту самъ больной. Самыя тяжелыя измѣненія падаютъ на періодъ діарреи и пеллагрозной кахексiи. Свободной соляной кислоты бываетъ недостаточно, а иногда она и совсѣмъ отсутствуетъ, — связанной СІН также очень мало, а молочная кислота, наоборотъ, часто присутствуетъ въ обиліи. Моторныя силы желудка значительно ослаблены, что доказывается ничтожной средней величиной содержимаго желудка. При недостаточности главныхъ факторовъ пищеваренія, въ желудкѣ развиваются болѣзненные состоянія, главнымъ образомъ, хроническій катарръ, который,

распространяясь на кишки, ведетъ то къ запорамъ, то, гораздо чаще, къ поносамъ, стоящимъ во главѣ маразма. Благодаря недостатку СІН, большая часть альбуминатовъ переходитъ неизмѣненно въ нижній отрѣзокъ кишекъ и тамъ подвергается гніенію. Отъ этой причины и происходятъ всегда у пеллагрозныхъ діарреиковъ и кахектиковъ ухудшенія при назначеніи имъ мясной діеты. Что касается до патолого-анатомическихъ изслѣдованій у пеллагрозныхъ, то авторъ изслѣдовалъ трехъ больныхъ, умершихъ какъ бы отъ gastro-enteritis. Кромѣ вообще анемического состоянія слизистой оболочки желудка съ эхинозами и катарральными изъязвленіями, онъ замѣчалъ густой слой слизи, который, сильно прилипши, покрывалъ поверхность слизистой оболочки, сгущаясь въ пилорической области. При леченіи такихъ больныхъ, авторъ, кромѣ промыванія желудка каждые 2 или 3 дня (1%) растворомъ СІNa, назначалъ еще каждые 2 или 3 дня послѣ завтрака  $\frac{1}{2}$  стакана 2 pro mille СІН. Цѣль промыванія сводится къ тому, что оно освобождаетъ желудокъ отъ пищевыхъ остатковъ, удаляетъ механически и химически слизь, стимулируетъ перистальтику и укрѣпляетъ мускульную дѣятельность. Для промывки растворъ СІNa авторъ употреблялъ потому, что такая жидкость будетъ доставлять Na желчи и СІ желудочному соку. Растворъ СІН онъ употреблялъ съ тою цѣлью, чтобы, съ одной стороны, заполнить дефектъ секреціи, съ другой стороны, увеличить органическій СІ и воспрепятствовать органической ферментаціи. Результаты, полученные авторомъ у 4-хъ больныхъ, даютъ ему право совѣтовать подобное леченіе, ибо онъ получилъ у больныхъ увеличеніе вѣса тѣла и содержанія гемоглобина въ крови, увеличеніе содержанія органической СІН, уменьшеніе ненормальныхъ кислотъ и слизи. У одного больного съ пеллагрозной кахексией, сопровождавшейся поносомъ, при такомъ леченіи было улучшеніе общаго состоянія и исчезаніе діарреи. Кромѣ того авторъ сообщаетъ, что пеллагра можетъ излечиваться также посредствомъ употребленія мышьяковистаго раствора Boudin'a и хлористаго Fe. На основаніи своихъ наблюденій авторъ приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1) Изученіе желудочнаго химизма у пеллагрозныхъ обнаруживаетъ замѣтную степень iproperisiae, iprochloridisae, катарральное состояніе слизистой оболочки желудка, недостатокъ его двигательной способности и иннерваціи. 2) Желудочный сокъ этихъ больныхъ имѣлъ слабо-кислую реакцію на лактусъ, рѣдко реагировалъ на бумагу Конго и на жидкость

Günsbürg'a. Цѣльная кислотность варірована отъ 0,10—2,20; среднее = 0,80‰. Содержаніе СІН колебалось отъ 0 до 0,71; среднее = 0,16‰. Всегда находили состояніе діарреи и пеллагрозной кахексїи. Количество органическаго СІ варіировало отъ 0,26 до 1,70; среднее равнялось 58‰. Количество постоянныхъ солей СІ колебалось отъ 0,44 до 2,17; среднее было равно 1,47‰. Весь хлоръ по содержанію колебался отъ 1,5 до 3, среднее равнялось 2,36‰. 3) Желудочное пищевареніе совершается къ тому же медленно и недостаточно, какъ это показываетъ отсутствіе, или слабое содержаніе свободной СІН, едва замѣтное количество пептоновъ и органическаго СІ; кромѣ того, оно совершается ненормальнымъ способомъ, чему доказательствомъ служитъ присутствіе слизи и болѣзненная продукція органической кислоты, при изслѣдованіи оказавшейся обильной молочной кислотой. 4) Слабая пропорція свободной и органической СІН, которая особенно возрастаетъ въ періоды діарреи и кахексїи, можетъ указывать на діету, богатую альбуминоидными веществами. 5) Промываніе желудка соленой водой, употребленіе послѣ їды соляной кислоты способствуетъ улучшенію состоянія желудочнаго химизма и выѣстъ съ тѣмъ пищеварительной функціи пеллагрозныхъ.

*Я. Я. Трутовскій.*

**Prof. A. Zuccarelli**, Разводъ и антропологическая наука (Divorzio e Scienza Antropologica. Nuova Rivista, 1893).

Авторъ начинается историческимъ обзоромъ вопроса о разводѣ: при этомъ высказываетъ мысль, что этотъ вопросъ раньше или позже будетъ разрѣшенъ въ положительномъ смыслѣ. Побѣда остается за тѣми, кто имѣетъ точныя научныя представленія о требованіяхъ законовъ природы. Далѣе авторъ даетъ понятіе объ эволюціи, которой подвергалась мысль и сознаніе человѣческое до представленія, что основа, истинный источникъ природы есть любовь. Безъ естественной почвы, не утвердившись на біологической сторонѣ вопроса, мы не достигнемъ надлежащаго разрѣшенія. По мнѣнію автора, любовь не получаетъ своего происхожденія изъ элементарнаго чувствованія нравиться. Въ любви повторяется всегда одинъ изъ главныхъ факторовъ прогрессивной органической эволюціи—половой подборъ. Авторъ заключаетъ, что любовь есть естественное основаніе всякой половой связи съ конечной цѣлью сохраненія и усовершенствованія рода. Отсюда получается постоянный подборъ, при свободномъ выборѣ, создающій наилучшія условія какъ для рассы,



такъ и для вида. Но любовь имѣетъ свои градаціи, свои аномаліи, свои законы: при извѣстныхъ условіяхъ свободный выборъ становится не возможнымъ. Въ виду важности предмета авторъ разсматриваетъ любовь и ея степени, недостатки, неудачи въ бракѣ, которыя наблюдаются при истеріи, при нравственномъ помѣшательствѣ, при извращеніяхъ цолового чувства. Эти ненормальныя состоянія чаще всего бываютъ причиною индивидуальнаго несходства. При этомъ авторъ указываетъ, что, если природныя условія не будутъ приняты во вниманіе и нарушены, то любовь не можетъ существовать и связь всегда нарушается. Но и въ границахъ нормы могутъ быть большія различія природы и воспитанія, которыя обыкновенно и сталкиваются въ бракѣ. Вслѣдствіе этого любовь исчезаетъ, а бракъ теряетъ свой базисъ, свою непосредственную и конечную цѣль. Поэтому при вступленіи въ бракъ слѣдуетъ дѣлать выборъ, не стѣсняясь искусственными юридическими узами. Обоснованный, такимъ образомъ, на солидномъ базисѣ сохраненія законовъ природы, институтъ развода стремится разрушить узы, уже разбитые природой и вѣсть съ тѣмъ плохо-сочетавшимся дать свободу для болѣе счастливаго и продолжительнаго соединенія. По мнѣнію автора, этотъ свободный, рациональный смыслъ института о разводѣ, при научномъ, его регулирующемъ, представленіи, не долженъ и не можетъ сдѣлаться принципомъ обскурантизма, къ нему не можетъ не присоединиться все настоящее поколѣніе, чтобы не повторять ошибокъ прошедшихъ временъ.

Я. Я. Трутовскій.

**Giuseppe Peli**, *Путь arteriae meningeae mediae no endocranium. У сотни здоровыхъ и 200 душевно-больныхъ (Sulchi dell'arteria meningeae media dell'endocranio in cento sani e in ducento infermi di mente, Rivista sperimentale di freniatria, 1892 г. v. XVIII, F. III—IV).*

Въ 1883 году Danillo сообщилъ Антропологическому обществу Парижа о путяхъ arteriae meningeae mediae по внутренней поверхности черепа взрослого человѣка и, путемъ изслѣдованія 395 череповъ, пришелъ къ выводу, что такія бороздки были болѣе выражены и многочисленны на лѣвой, чѣмъ на правой сторонѣ. Такой результатъ показываетъ, что часть *durae matris*, которая покрываетъ полушаріа, болѣе развита и васкуляризована на лѣвомъ полушаріи, чѣмъ на правой, что согласуется съ опредѣленіями Путилова, по которому

лѣвая половина *durae matris* имѣетъ протяженіе 378 см., тогда какъ правая—325 см., а также и съ тѣмъ, что лѣвая *carotis* превосходитъ калибромъ правую. Авторъ на 30 черепахъ обезьянъ взрослыхъ убѣдился въ томъ, что и у нихъ повторяется человѣческій типъ распредѣленія бороздъ. При изслѣдованіи же взрослыхъ микроцефаловъ получился иной результатъ, именно, у нихъ лѣвая сторона преобладала въ гораздо меньшемъ числѣ случаевъ, а именно изъ 19 только въ 3. Lombroso замѣтилъ, что преобладаніе правой стороны у преступниковъ гораздо больше выражено, чѣмъ у нормальныхъ и у микроцефаловъ. Авторъ задается цѣлью изучить тотъ же предметъ сравнительно у здоровыхъ и у душевно-больныхъ. Авторъ подвергъ изслѣдованію 100 субъектовъ здоровыхъ, по ровну мужчинъ и женщинъ, и двойное число душевно-больныхъ, также состоящихъ изъ  $\frac{1}{2}$  мужчинъ и  $\frac{1}{2}$  женщинъ. Изъ своихъ наблюденій авторъ дѣлаетъ слѣдующіе выводы: за исключеніемъ малоголовыхъ, у которыхъ преобладаетъ равенство развитія бороздъ *arteriae meningeae mediae* на одной и на другой сторонѣ черепа, вообще мы встрѣчаемъ борозды болѣе развитыми на лѣвой, чѣмъ на правой сторонѣ у взрослыхъ нормальныхъ, у антропоморфныхъ обезьянъ, у преступниковъ и у душевно-больныхъ, другими словами, асиметрія есть правило съ преобладаніемъ лѣвой стороны. Разница между цифрами большаго развитія бороздъ на лѣвой сторонѣ и цифрами глубины и развѣтвленія тѣхъ же бороздъ становится значительнѣе какъ у здоровыхъ, такъ и у душевно-больныхъ, съ преобладаніемъ въ среднемъ лѣвой стороны т. е. асиметріи. Большее развитіе бороздъ *art. meningeae mediae* на внутренней поверхности черепа съ правой стороны бываетъ рѣже у малоголовыхъ и у преступниковъ (Lombroso). Тожо самое авторъ наблюдалъ и у здоровыхъ и у душевно-больныхъ, которые отличаются отъ нормальныхъ меньшей частотой неравенства артеріальныхъ бороздъ обѣихъ половинъ черепа.

Я. Я. Трутовскій.

Dr Giampetro, Опытъ классификаціи слуховыхъ центровъ въ связи съ отправленіями рѣчи (*Saggio di classificazione dei centri oditivi en rapporto alle funzione del linguaggio*, Giornale internazionale delle scienze mediche, 1893, Revue neurologique).

Авторъ даетъ слѣдующую классификацію: центровъ рѣчи: 1) центры чувствительные продолговатого мозга, пораженіе которыхъ непоправимо, если разстройство произошло до третьяго

года; для такихъ лицъ доступенъ единственный способъ воспитанія и образованія при помощи мимики и дактилологіи. 2) Центры зрительнаго бугра, поврежденіе коихъ состоитъ въ видѣ паралитической амнезіи съ потерей способности писать и говорить въ логическомъ порядкѣ. Вазомоторныя разстройства этого центра вызываютъ транзиторную амнезію,—если же поврежденіе бываетъ глубокое съ характеромъ разрушенія,—то этимъ обусловливается деменція. 3) Центръ 1 височной извилины (идео-фоническій), поврежденіе коего вызываетъ вербальную амнезію (Giampetro) или словесную глухоту (Charcot). 4) Центръ идео-моторный (3-я лобная извилина), поврежденіе коего вызываетъ типическую моторную афазію Бросса. 5) Идиографическій центръ (основаніе 2 лѣвой извилины), поврежденіе котораго обусловливаетъ аграфію, обыкновенно связанную съ моторной афазіей и съ гемиплегіей. По мнѣнію автора, въ анатомической области слуховаго нерва можно видѣть три участка отпавленій: первая внѣшняя периферическая область (лабиринтное распространеніе слуховаго нерва, служащее воспріятіемъ вибраторныхъ воздѣйствій слуховымъ нервомъ),—вторая область бульбарная или сенситивная или воспринимаящая слуховыя раздраженія и 3 область перцепціи, гдѣ вибраторныя раздраженія превращаются въ звуки и звуки въ идеи.

*Д. И. Поляковъ.*

**Prof. Fournier**, Сифилисъ и общій параличъ (*Syphilis et paralysie générale*, Bulletin medical, 1892).

Взглядъ автора на сифилитическое происхожденіе *tabes*, высказанный въ 1876 г., нынѣ принятъ уже почти всѣми клиницистами и это ученіе не могло не отразиться на ходѣ леченія данной болѣзни. Въ настоящее время очередь за подобнымъ же признаніемъ за причинный моментъ сифилиса и въ общемъ параличѣ. Разумѣется, при этомъ имѣется въ виду не *pseudo-paralysis syphilitica*, а настоящій параличъ, въ основѣ котораго лежитъ хроническій періэнцефалитъ. Статистическія данныя даютъ неодинаковыя свѣдѣнія объ отношеніи сифилиса къ общему параличу. Прежняя статистика даетъ очень малыя цифры для сифилиса; новѣйшая статистика доходитъ до 90—100%. Авторъ полагаетъ, что прежнюю статистику слѣдуетъ отвергнуть, въ виду того, что она собиралась неправильно. Но и новѣйшей статистикѣ не удастся еще установить дѣло правильно. Одно дѣло статистическія данныя и другое—придаваемые имъ толкованія. На статистическія

данныя объ отношеніи сифилиса къ общему параличу возрѣнія также неодинаковыя. По мнѣнію Fournier, сифилисъ служитъ причиною паралича въ  $\frac{2}{3}$ — $\frac{4}{5}$  всѣхъ случаевъ и даже больше того. Доказательства къ такому выводу слѣдующія: 1) Рѣдкость прогрессивнаго паралича у женщинъ при соотвѣтственной рѣдкости у нихъ и сифилиса, и обратное явленіе у мужчинъ. 2) Если прогрессивный параличъ у женщинъ и наблюдается, то именно у женщинъ легкаго поведенія—проституттокъ и кокотокъ, т. е. у тѣхъ женщинъ, у которыхъ чаще является и сифилисъ. 3) Одновременная рѣдкость сифилиса и общаго паралича въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ (деревнѣ) и въ нѣкоторыхъ профессіяхъ (духовенство). 4) Преобладаніе сифилиса надъ всѣми другими причинными моментами общаго паралича. 5) Рѣдкость сифилиса у душевно-больныхъ вообще и чрезмѣрная частота его у прогрессивныхъ паралитиковъ. 6) Одновременное существованіе обоихъ болѣзненныхъ проявленій, доказываемое вскрытіями паралитиковъ. 7) Частое совпаденіе *tabes* и *paralysis progressiva*, дающее основаніе къ признанію *tabes cerebro-spinalis*. 8) Параличъ юнаго возраста въ огромномъ большинствѣ случаевъ имѣетъ въ основѣ своей сифилисъ. Противъ причиннаго значенія сифилиса въ общемъ параличѣ приводились слѣдующіе доводы: 1) Тщетность противосифилитическаго леченія. Противъ этого можно сказать: а) въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдается улучшеніе отъ этого леченія и б) оно примѣняется слишкомъ поздно. Да и самое специфическое леченіе далеко не всегда дѣйствительно при леченіи истинныхъ явленій сифилиса. Поэтому тщетность специфическаго леченія вовсе не говоритъ противъ специфичности страданія при общемъ параличѣ. 2) Пораженія прогрессивнаго паралича не есть пораженія сифилитическаго характера. На это Strümpell отвѣчаетъ, что нѣтъ основанія отрицать и того, что пораженія прогрессивнаго паралича суть пораженія сифилитическаго характера. 3) Явленія прогрессивнаго паралича отличаются отъ обычнаго хода паралича. Это возраженіе вполне неудачное, ибо во многихъ случаяхъ эти двѣ формы совершенно нельзя отличить. 4) Причинный моментъ общаго паралича почти всегда не одинъ, а ихъ много. Это вѣрно. Но всѣ остальные причины являются моментами, способствующими параличу, а не наоборотъ. Возражаютъ еще: сифилитики потому склонны къ заболѣванію прогрессивнымъ параличемъ, что вообще эти люди склонны къ эксцессамъ, пьянству и проч. Fournier это совершенно отри-

цаетъ. Сифилисъ есть несчастье, отъ котораго изъ насъ никто не обезпеченъ. Сифилисъ есть билетъ жизненной лоттереи, въ которой участвуемъ мы всѣ и выигрышъ который падаетъ на долю немногихъ. Обвинять поэтому сифилитиковъ въ особенной безнравственности нѣтъ никакого основанія. 5) Сифилисъ для прогрессивнаго паралича есть благопріятная почва, но не порождающее сѣмя. На это Fournier отвѣчаетъ: если это такъ, то почему же эта почва мало способствуетъ развитію другихъ душевныхъ болѣзней. Въ заключеніе Fournier высказываетъ мнѣніе, что въ основѣ общаго паралича лежитъ поврежденіе центральной нервной системы сифилитическимъ токсиномъ. Онъ убѣжденъ, что къ концу столѣтія высказываемая мысль о сифилитическомъ происхожденіи прогрессивнаго паралича станетъ общепризнанною истинною.

*Михаилъ Поповъ.*

**Prof. Ladame**, Эритропсія въ общемъ параличѣ (Erythropsie dans la paralysie générale, 1891).

Окрашиваніе предметовъ въ красный цвѣтъ при смотрѣніи явленіе не частое и наблюдалось послѣ удаленія катаракты, нравственныхъ потрясеній, истерическихъ и эпилептическихъ приступовъ, при расширенномъ зрачкѣ и послѣ сильнаго свѣтового воздѣйствія. У паралитиковъ, у которыхъ зрительныя пораженія столь часты, эритропсія никогда не наблюдалась, — тогда какъ окрашиваніе въ черный и бѣлый цвѣты, встрѣчалось. Авторъ описываетъ случай эритропсіи у паралитика 40 л., у котораго былъ зрачекъ суженъ и колѣнный рефлексъ повышенъ. Этотъ больной, представлявшій начальный періодъ паралича, вдругъ началъ видѣть всѣ предметы окрашенными въ красный цвѣтъ, какъ бы они были покрыты красными горошинами. Этотъ красный оттѣнокъ парализовался синими стеклами, а не дымчатыми. Черезъ два мѣсяца это явленіе исчезло. Это явленіе авторъ считаетъ за галлюцинацію корковаго характера.

*Андрей Поповъ.*

**Dr Chanson**, Очеркъ отношенія общаго паралича и сифилиса (Essai sur les rapports de la paralysie générale et de la syphilis, 1893).

Разсматривая литературныя данныя по указанному вопросу, видно, что одни авторы придаютъ слишкомъ большое значеніе сифилису въ производствѣ общаго паралича, — другіе не признаютъ за нимъ никакого значенія. По мнѣнію автора, сифилисъ при общемъ параличѣ дѣйствительно встрѣчается часто,

но онъ не стоитъ за то, чтобы сифилисъ являлся производителемъ общаго паралича, хотя теорія общаго паралича этиологическая представляется болѣе объясняющею сущность дѣла, чѣмъ теорія неиропатологической наслѣдственности. Исключивши ложный сифилитическій параличъ, нельзя раздѣлить общій параличъ сифилитическій и несифилитическій другъ отъ друга ни по признакамъ, ни по теченію, ни по послѣдствіямъ леченія. При настоящемъ положеніи нашихъ знаній, и патологоанатомическія данныя не могутъ намъ служить исходною точкою для постановки дифференціального діагноза между этими двумя формами заболѣванія. *Д. И. Поляковъ.*

*Dr Lévi, Tabes dorsalis et paralysis generalis progressiva, 1893.*

Принимая во вниманіе оживленныя разсужденія настоящаго времени о соотношеніи этихъ двухъ болѣзней, авторъ приводитъ случаи изъ собственной практики, въ которыхъ явленія начинающагося паралича были затмѣнены развившейся спинной сухотки. При вскрытіи умершихъ такихъ больныхъ, оказалось: пораженіе шейной части спинного мозга, особенно заднихъ пучковъ, какъ пучковъ Бурдаха и Голля; передніе и задніе корешки тоже поражены. Въ другихъ областяхъ спинного мозга были подобныя же пораженія, но слабѣе выраженыя. Въ головномъ мозгу найдено утолщеніе мягкой мозговой оболочки, сѣрое вещество извилинъ уменьшено, нервныя клѣтки атрофированны. На основаніи одинаковости пораженій какъ въ спинномъ, такъ и головномъ мозгу, авторъ полагаетъ, что эти болѣзни легко присоединяются одна къ другой.

*Михаилъ Поповъ.*

*Dr Gilles de la Tourette et Hudele, Два наблюденія сифилитической параплегии (Deux observations pour servir au diagnostic des paraplegies siphilitiques, Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1893).*

Мужчина 23 лѣтъ, имѣлъ отца самоубійцу; не помнитъ первичнаго зараженія, имѣлъ сифилитическую сыпь въ 1890 г. Въ 1892 г. параплегія, спустя нѣкоторое время слѣдующія явленія: спазмодическая параплегія, повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ, эпилептоидная трепидация; очень легкое расстройство мочевого пузыря. Это состояніе очень часто при сифилитическомъ пораженіи. Въ числѣ предвѣстниковъ этого заболѣванія стоятъ: быстрая утомляемость, легкая ригидность мускуловъ, слабыя расстройства сфинктеровъ. За снѣмъ насту-

пасть паралегія, рѣдко достигающая полного развитія и длящаяся долго въ неподвижномъ состояніи. Специфическое леченіе авторами считается здѣсь безуспѣшнымъ. Въ противоположность этому авторъ описываетъ паралегіи съ расслабленіемъ мускуловъ, случай которой при этомъ приводится.

*Д. И. Поляковъ.*

**Dr F. Raymond**, Общій параличъ у женщинъ (*Paralysie générale chez la femme, Revue general de clinique et de thérapeutique, 1893*).

Представивъ два случая общаго паралича, авторъ касается вообще ученія о прогрессивномъ параличѣ у женщинъ. По его мнѣнію, *paralysis graïsox* чаще является у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ, при чемъ въ первомъ случаѣ болѣзнь проявляется въ формѣ деменціи чаще, чѣмъ въ другихъ формахъ. Если бываетъ при этомъ бредъ величія, то онъ рѣдко выходитъ изъ предѣловъ условій обыденной жизни. Бредъ меланхоліи, ипохондріи и преслѣдованія у женщинъ не рѣдокъ и при томъ всегда отличается несвязностью и слабоуміемъ. Ремиссии у женщинъ довольно часты и переходы изъ одного состоянія болѣзни въ другое у женщинъ гораздо медлительнѣе, чѣмъ у мужчинъ.

*Андрей Поповъ.*

**Prof. Régis и Chevallier-Lavaure**, Клиническія формы душевныхъ расстройствъ, слѣдующихъ за острыми болѣзнями (*Les formes cliniques des troubles mentaux consecutifs aux maladies aiguës, Mercredi medical, 1893, № 32*).

Острыя инфекціонныя заболѣванія нерѣдко сопровождаются душевными расстройствами въ формѣ первичнаго пораженія сознанія, — формы, описанной нѣмцами подъ именемъ *Verworrenheit*, а французами *confusion mental*. Изъ французовъ первый употребилъ этотъ терминъ *Delasiauve*; кромѣ того это состояніе описывали: *Esquirol, Dagonet, A. Foville, Seglas, Toulouse и Chaslin*. Въ основѣ этого болѣзненнаго состоянія лежитъ истощеніе нервной системы, при чемъ побочными вызывающими причинами служатъ физическая, хирургическая и психическая травма, инфекціонныя болѣзни и проч. Болѣзнь въ большинствѣ случаевъ имѣетъ подготовительный періодъ, длящійся отъ нѣсколькихъ часовъ, до нѣсколькихъ мѣсяцевъ и состоящій въ измѣненіи характера, раздражительности, безсонницѣ, тоскѣ и опасеніи готовящейся душевной болѣзни. Несмотря однако на это подготовленіе, болѣзнь почти всегда развивается почти внезапно, или настолько бурно, что представляется

развиваючися внезапно. При этомъ она напоминаетъ собою острый бредъ съ полнымъ отсутствіемъ орієнтировки, — въ другихъ случаяхъ она развивается постепенно, а за тѣмъ разыгрывается сразу въ видѣ подостраго алкогольнаго бреда, — наконецъ, еще въ иныхъ случаяхъ она протекаетъ хронически, иногда въ формѣ ступорозной съ каталептическими явленіями и безъ нихъ. Нерѣдко болѣзнь представляетъ безпорядочное смѣшеніе возбужденія, подавленности и ступора съ нѣкоторыми послабленіями и проявленіемъ относительнаго сознанія. Болѣзнь длится отъ нѣсколькихъ часовъ, до нѣсколькихъ мѣсяцевъ и даже лѣтъ, почему различаютъ теченіе острое, подострое и хроническое. Исходъ болѣзни: выздоровленіе съ нѣкоторымъ временнымъ ослабленіемъ мыслительной дѣятельности и амнезіей обо-всѣмъ прошломъ, — выздоровленіе съ постояннымъ нѣкоторымъ ослабленіемъ умственныхъ способностей, — хроническое слабоуміе съ нерѣдкимъ проявленіемъ ступора и возбужденія, — смерть вслѣдствіе осложненія физическими заболѣваніями, или же вслѣдствіе развитія остраго бреда. При вскрытіи находили: анемію, эдему и проч., почему Wille говоритъ, что эта болѣзнь занимаетъ средину между функціональными и органическими заболѣваніями. Симптоматологія данной болѣзни давно уже описана нѣмецкими и русскими авторами и потому мы не будемъ здѣсь ее приводить. Предсказаніе авторы считаютъ болѣе серьезнымъ, чѣмъ при меланхоліи и маніи; излеченій въ этихъ случаяхъ меньше, чѣмъ неизлеченій. Частота заболѣваній превышаетъ манію и меланхолію; женщины склонны къ заболѣванію чаще мужчинъ, возрастъ отъ 20 до 40 лѣтъ, — но появляется и въ старости; наследственность отвергается большинствомъ авторовъ, за то большую роль приписываютъ рахитизму и всѣмъ истощающимъ дѣтскимъ болѣзнямъ; эксцессы играютъ серьезную роль; болѣзни съ высокой температурой, инфекціи, роды, кормленіе, травмы, инаниція, обѣдненіе организма и автоинтоксикаціи служатъ частою причиною раздражительной слабости центральной нервной системы и послѣдующаго сумашествія. Delasiauve, Краереліи и друг. ставятъ эту болѣзнь въ числѣ психозовъ, развивающихся подъ вліяніемъ воздѣйствія ядовъ. Помимо обычной формы сумашествія, авторъ принимаетъ разновидность сумашествія нѣсколько отличную отъ обычной. Въ иныхъ случаяхъ она выражается бредомъ величія, — въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ она принимаетъ видъ общаго паралича, который однако оканчивается выздоровленіемъ, — хотя въ нѣкоторыхъ слу-



чаяхъ такой параличъ можетъ принять и обычное теченіе. Такого рода mening-encephalitis будетъ имѣть исходнымъ пунктомъ разстройство питанія, вслѣдствіе непосредственнаго воздѣйствія микробовъ, или посредственнаго—ихъ токсиновъ. Такихъ случаевъ прогрессивнаго паралича уже достаточно накопилось. Авторъ стоитъ за то мнѣніе, что прогрессивный параличъ во многихъ случаяхъ обязанъ бываетъ своимъ происхожденіемъ интоксикаціямъ и инфекціи.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr Ballet**, Глазныя разстройства у прогрессивныхъ паралитиковъ (*Les troubles oculaires dans paralysie generale progressive, Progr. med.*, 1893).

По мнѣнію автора, разстройства глаза при прогрессивномъ параличѣ, подобно другимъ признакамъ, имѣютъ не второстепенное, а первенствующее значеніе. Эти разстройства дѣлятся на обычные и случайныя. Къ обычнымъ и главнымъ относятся: внутренняя офтальмоплегія и неравномѣрность зрачковъ. Къ случайнымъ разстройствамъ относятся: параличи отдѣльныхъ мускуловъ, встрѣчаемые преимущественно тамъ, гдѣ прогрессивному параличу предшествуетъ сухотка,—нистагмъ, атрофія зрительнаго соска съ послѣдующимъ амаврозомъ,—гиперемія, эдема и аневризматическое расширеніе сосудовъ.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Breton**, Душевное состояніе при хорей (*L'etat mental dans la chorée*, 1893).

Случаи Сиденгамовской хорей нерѣдко осложняются пораженіемъ психической дѣятельности, при чемъ въ однихъ случаяхъ пораженіе бываетъ болѣе легкимъ,—въ другихъ—болѣе тяжелымъ. Въ первыхъ случаяхъ наблюдается пораженіе преимущественно чувствительности: усиленная впечатлительность и возбудимость, безпечность, безпокойство, аффектація, отсутствіе сосредоточенности, умственная и физическая лѣнь, неспособность сообразительности, ослабленіе памяти и разстройство рѣчи. Во вторыхъ случаяхъ душевное разстройство выражается галлюцинаціями зрѣнія и слуха, преимущественно устрашающаго характера. Эта особенность галлюцинацій настолько сильна, что больные боятся ложиться спать, изъ опасенія передъ этими галлюцинаціями, которыя развивается преимущественно въ моментъ засыпанія. Иногда наступаетъ маниакальный бредъ, явленія острой маніи, меланхолическій

бредъ съ покушеніемъ на самоубійство, острое слабоуміе,—а въ случаяхъ хронической хорей и хроническое неизлечимое слабоуміе. Во всѣхъ случаяхъ, когда хорей осложняется психическимъ расстройствомъ, предсказаніе становится менѣе благоприятнымъ, чѣмъ обыкновенно.

*В. А. Тихомировъ.*

**Prof. Massalongo,** Къ патогенезу паралитической хорей (*Contribution a la pathogenese de la chorée molle, Revue neurologie, 1893*).

Авторъ описываетъ случай паралитической хорей у 16 л. дѣвушки, проявлявшей на шеѣ массу рубцовъ на мѣстѣ золотушно-пораженныхъ железъ. У этой дѣвушки наступилъ параличъ лѣвой руки съ разслабленіемъ мускуловъ, при чемъ однако въ этой парализованной рукѣ отъ времени до времени проявлялись хорейскія движенія. Всѣ остальные части тѣла, равно какъ и душевныя явленія, вполнѣ оставались непораженными. Чувствительность пораженной руки, рефлексы и общее питаніе безъ нарушеній. Обращая вниманіе на сущность этого заболѣванія, авторъ полагаетъ, что въ основѣ его лежитъ частичное отравленіе тѣмъ или другимъ токсиномъ центровъ движенія лѣвой руки. Этотъ случай походитъ на хорей пре- и постпаралитическую, съ тою разницею, что здѣсь хорейскія явленія не предшествовали и не слѣдовали за паралитическимъ пораженіемъ, а сопутствовали ему. Авторъ полагаетъ, что совпаденіе хорей съ артритомъ и эндокардитомъ объясняется одновременнымъ пораженіемъ суставовъ, сердца и нервной системы однимъ какимъ-то токсиномъ,—при чемъ это отравленіе токсиномъ можетъ быть разлитымъ, половиннымъ и ограниченнымъ, откуда и хорей можетъ быть общею, половинною и частичною; въ зависимости отъ напряженности пораженія, хорей можетъ быть то болѣе серьезною, то болѣе слабою. Въ данномъ случаѣ склофулезный ядъ сосредоточился въ центрѣ лѣвой руки и обусловилъ паралитическую хорей этого органа.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Guillemet,** Смерть при Сиденгамовской хорей (*De la mort dans la chorée de Sydenham, 1893*).

Разсматривая статистическія данныя по этому вопросу, авторъ нашелъ, что хорей оканчивается смертельно въ 2,5% и при томъ преимущественно въ юношескомъ возрастѣ (15—19 лѣтъ), съ предпочтеніемъ для женскаго пола. Такой исходъ наступаетъ почти всегда отъ явленій, сопутствующихъ хорей, при

чемъ главную роль здѣсь играютъ пороки сердца. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ причинными моментами служатъ церебральныя явленія, какъ: приливы крови къ головѣ, кровоизліянія и проч. Въ меньшинствѣ случаевъ причиною смерти служатъ сама хорей: вслѣдствіе истощенія организма, подѣ влияніемъ усиленныхъ движеній, расстройства дыханія и глотанія; наконецъ, для нѣкоторыхъ случаевъ нельзя отвергнуть сердечныхъ расстройствъ въ видѣ хореи сердца. Иногда смерть наступаетъ отъ эмболіи, острой маніи и осложнений.

*Д. И. Поляковъ.*

**Dr Féfé,** Высокія дозы брома при эпилепсіи (*Bromuration a hautes doses dans l'épilepsie, Revue de médecine, 1893*).

Авторъ назначалъ эпилептикамъ по 15—21 grm. бромистаго калия или стронція и наблюдалъ при этомъ улучшеніе въ болѣзни. При этомъ, естественно, необходимо слѣдить за состояніемъ больныхъ. Особенно нехорошо дѣйствуютъ большія дозы на людей съ психическою и физическою депрессіей. При этомъ достаточно замѣтить расстройство желудка, чтобы прекратить назначеніе броматовъ, безъ появленія другихъ признаковъ бромизма; въ противномъ случаѣ можетъ наступить смерть.

*Д. И. Поляковъ.*

**Dr Grasset,** Головокруженіе у атактиковъ (*Du vertige des ataxiques, Arch. de neurolog., 1893*).

По мнѣнію автора, признакъ Ромберга, состоящій въ покачиваніи туловища атактика, при закрытіи послѣднимъ глазъ, относится къ отдѣлу головокруженія, вслѣдствіе закрытія глазъ. На признакъ Romberga смотрѣли Vulpien, Jaccoud, Pierre Marie, Eichhorst и др., какъ на нарушеніе мускульнаго чувства. Съ этимъ мнѣніемъ Grasset не соглашается. Въ подтвержденіе своего мнѣнія онъ приводитъ прежде всего то, что существуютъ случаи атаксіи безъ нарушенія мускульнаго чувства, какъ напр. въ случаяхъ Duchenn'a, Axenfeld'a и Grasset. Далѣе, противъ мнѣнія Vulpien'a и др. говорятъ тѣ случаи заболѣванія, въ которыхъ мускульное чувство бываетъ очень сильно нарушено безъ всякаго, однако, появленія признака Romberg'a. Наконецъ, если атактику, обнаруживающему признакъ Romberg'a, закрыть картономъ ноги, то при этомъ шатанье не усиливается, а только происходитъ нѣкоторое напряженіе въ области мускульнаго чувства. За это же говоритъ и то наблюденіе, что слѣпые атактики проявляютъ слабѣе признакъ Romberg'a, чѣмъ зрячіе съ закрытыми глазами.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Roubinowitch**, Случай конвульсивнаго тика съ насильственными движеніями (Sur un cas de maladie des tics convulsifs avec mouvements par obsession, *Annal. medico-psychol.*, 1892).

Авторъ описываетъ очень интересную больную, у которой сочетались явленія насильственныхъ представлений съ насильственными движеніями. Естественно, больная дегенератка, мать ея сомнамбуличка, братъ эпилептикъ и тикеръ. Больная проявляла неудержимое стремленіе бить всѣ окружающія вещи, рвать тонкіе предметы и даже бить самую себя. Положенія ея тѣла представляли собою позу боксера, готоваго броситься на свою жертву. Больная переживала невыносимыя страданія въ борьбѣ съ одолѣвавшими ее страстными побужденіями. Исполненіе побужденія влекло за собою облегченіе нравственнаго страданія,—но затѣмъ наступала вновь тоска и колебанія. Въмѣстѣ съ этимъ больная проявляла эхололію и копролалію,—эхокинезія же была выражена слабо. Лечение оставалось тщетнымъ.

*В. А. Тихоміровъ.*

**Dr Brissaud**, Церебральная уремія съ явленіями каталептоидными (Uremie cérébrale avec attitudes cataleptoides, *La semaine medicale*, 1893).

Авторъ описываетъ два случая уремій съ пораженіемъ умственныхъ способностей, депрессіей, галлюцинаціями и каталептоиднымъ состояніемъ въ формѣ *flexibilitas cerea*. По мнѣнію автора, это послѣднее состояніе было психическаго происхожденія. Касаясь сущности заболѣванія, авторъ не считаетъ правильнымъ присоединиться ни къ теоріи эдематозной, ни къ теоріи токсической, стремящихся объяснить происхожденіе уремій. При вскрытіи указанныхъ авторомъ случаевъ въ мозгу найденъ узловой атероматозъ. Это измѣненіе сосудовъ въ достаточной степени значительно, чтобы нарушить питаніе нервныхъ элементовъ и дать ту клиническую картину, которая выразилась въ психической области депрессіей, а въ двигательной *flexibilitas cerea*.

*Андрей Поповъ.*

**Dr Soupault**, Перемежающаяся желудочная гиперсекреція у атактика (Hypersecretion gastrique intermittente chez un ataxique, *Revue de medecine*, 1893).

Гиперсекреціей называется состояніе выдѣленія желудочнаго сока внѣ времени пищеваренія. Она бываетъ хроническая и перемежающаяся. Авторъ описываетъ перемежающуюся гастрическую гиперсекрецію у табетика, страдавшаго гастрическими кризами.

*Д. И. Поляковъ.*

**Dr Antonelli**, Транзиторная амбліопія (Archives de neurologie, 1892).

Авторъ объединяетъ подъ терминомъ „транзиторной амбліопіи“ такіа расстройства, какъ офтальмическая мигрень, мерцающія скотомы, частичный амаврозъ и т. д., такъ какъ расстройство зрѣнія является при этомъ существеннымъ и определеннымъ признакомъ, которому сопутствуютъ нервныя явленія. Наиболѣ частыя клиническія формы: 1) скотомы, 2) migraine ophthalmique и 3) транзиторная геміопія и концентрическое ограниченіе поля зрѣнія. Формы эти бываютъ чистыми и смѣшанными. Расстройство зрѣнія бываетъ: на одномъ и (чаще) на обоихъ глазахъ, частичное и тотальное,—периферическое чаще, чѣмъ центральное;—нерѣдко поражены гомологичныя части обоихъ глазъ (симметрическая, периферическая скотома, геміанопсія);—наиболѣ часты—полная и неполная геміопія. Сопутствуютъ этимъ расстройствамъ: мигрень, головокруженіе, психическіе симптомы и т. п.,—расстройство рѣчи въ видѣ дизартріи, дисфазіи и проч., галлюцинаціи зрѣнія, летающія мушки et cetera. Случаются параличи и парезы рукъ или гемиплегія лица. Зрачки бываютъ сужены, расширены, или неравнобѣрны. Каждый случай наступаетъ внезапно. На ряду съ общимъ нервнымъ расположеніемъ наблюдаются случайныя поводы: чрезмѣрный трудъ, экспессы, расстройство пищеваренія (рефлекторно). Чаще всего наблюдаются подобныя расстройства у женщинъ въ возрастѣ отъ 30 до 50 лѣтъ. Мѣсто пораженія—корка мозга, спеціально—центръ зрѣнія;—расстройство—вазомоторнаго характера. Явившійся какъ проходящій временный симптомъ, расстройство можетъ остаться стабильнымъ. Авторъ не причисляетъ сюда случаи, гдѣ мигрень и парціальная эпилепсія являются по времени и интенсивности преобладающими.

*Андрей Поповъ.*

**Dr Raymond**, Психозы и пневмонія (Psychoses et pneumonie. Le semaine medicale, 1893).

Авторъ описываетъ слѣдующій случай: больной 20 лѣтъ заболѣлъ классическимъ воспаленіемъ легкихъ, къ которому присоединилось психическое расстройство: бессонница, суетливость, возбужденіе, галлюцинаціи, склонность къ самоубійству и проч. Бредъ отличался множественностью и сопровождался различными чувствительными расстройствами; картина маниакальнаго состоянія смѣнялась меланхолическимъ. Спустя четыре—пять дней лихорадка пала и чувствительныя расстрой-

\*

ства исчезли, но бредовыя идеи обвиненія, мистицизма и сомнѣнія продолжались еще нѣсколько дней. Исключивъ пневмоническій менингитъ, бредъ преслѣдованія, алкоголическій бредъ, меланхолію и бредъ дегенераціи, авторъ останавливается на томъ, что здѣсь имѣется острый галлюцинаторный бредъ, характеризующійся особенно возбужденіемъ чувствительныхъ центровъ, умственнымъ потемнѣніемъ, разстройствомъ сознанія и многочисленными галлюцинаціями. Этотъ острый галлюцинаторный бредъ встрѣчается очень часто въ теченіе лихорадочныхъ психозовъ. Воспаленіе здѣсь не играетъ никакой специфической роли и, какъ всякая инфекціонная болѣзнь, можетъ служить только импульсомъ для развитія данной болѣзни на благопріятной къ тому почвѣ патологической наслѣдственности и вырожденія, что и было въ данномъ случаѣ.

*Н. М. Васильевъ.*

**Dr Hirschberg**, Механическое леченіе локомоторной атаксіи (Bulletin gener. de therap. 1893).

По мнѣнію автора, механическимъ леченіемъ можно значительно улучшить атаксію; при чемъ гимнастическія упражненія объясняютъ причину развитія пораженія конечностей. Эти упражненія, которыя повторно заставляютъ больного производить произвольныя движенія, постепенно улучшаютъ инкоординацію движеній. Поселяя довѣріе къ своимъ движеніямъ, эти упражненія укрѣпляютъ атактиковъ нравственно и уничтожаютъ въ нихъ ту патологію, которая обычно у нихъ существуетъ. Наилучшіе результаты получаются въ то время, когда у больныхъ походка разстроена еще не вполне. Это леченіе противопоказуется въ тѣхъ случаяхъ, когда болѣзнь развивается очень быстро, не болѣе, какъ въ два года; кромѣ того противопоказаніемъ служитъ общее дурное состояніе организма и пораженіе сочлененій. Это леченіе нисколько не вліяетъ на остальные проявленія *tabes* и обнаруживается только лишь на атаксіи.

*Андрей Поповъ.*

**Dr Bourneville**, Леченіе хирургическое и медико-педагогическое идіотовъ и тупоумныхъ (Du traitement chirurgical et medico-pedagogique des enfents idiots et arriérés, Progres medical, 1893, 25).

Авторъ, на основаніи тщательнаго изслѣдованія, приходитъ къ выводу, что хирургическое леченіе идіотіи основано на гипотезѣ, которая не подтверждается патологической анатоміей. Во многихъ формахъ идіотіи преждевременное сращеніе

швовъ черепа не существуетъ, въ исключительныхъ случаяхъ можно наблюдать и то только частичное сращеніе. Пораженіе, обуславливающее идиотію слишкомъ глубоко, обще и разнообразно, въ виду чего нѣтъ основанія допускать мысль, чтобы краниотомія могла его устранить. Діагнозъ сращенія черепныхъ швовъ и толщины черепа до сихъ поръ не поддается установкѣ. По мнѣнію большинства хирурговъ, успѣхи достигаемые этой операціей весьма ничтожны, сомнительны и даже нулевые, въ то время какъ она можетъ обуславливать серьезные параличи, судорги и даже смерть. Лечение медико-педагогическое, указанное Seguin'омъ, видоизмѣненное и правильно примѣненное, нерѣдко даетъ значительное улучшеніе и иногда настолько улучшаетъ идиотовъ, что позволяетъ имъ пребывать въ обществѣ.

*В. А. Тихомировъ.*

**Dr Francotte**, Подкожныя впрыскиванія фосфорно-кислаго натра при леченіи нервныхъ болѣзней (*Des injections sous-cutanées de phosphate de soude dans le traitement de maladies nerveuses, Annal. de la societe medico-chirurg., 1893*).

Авторъ производилъ подкожное впрыскиваніе раствора фосфорнокислаго натра 4% у 14 нервныхъ больныхъ, при чемъ никакого воздѣйствія не получилось: при общемъ параличѣ атаксіи, алкоголизмѣ, нейрастеніи и эпилепсіи; положительные результаты получились: при меланхолиі, нейрастеніи, хроническомъ страданіи спинного мозга; сомнительные результаты получились: при алкоголизмѣ (2), нейрастеніи и эпилепсіи. Не увлекаясь особенными качествами данного средства, подобно Стоск'у, авторъ допускаетъ однако, что оно способно оказать нѣкоторую услугу въ дѣлѣ леченія нервныхъ болѣзней, какъ нейротоническое средство.

*Д. И. Поляковъ.*

**Prof. Sommer**, Къ патологіи чечевичнаго ядра и внутренней капсулы (*Zur Pathologie des Linsenkernes und der inneren Kapsel, Centralblatt fur Nervenheilkunde, 1893, № 7*).

Авторъ представляетъ очень интересный случай ограниченнаго органическаго пораженія чечевицеобразнаго тѣла, изъ коего усматривается отношеніе этого тѣла къ внутренней капсулѣ и волокнамъ, проходящимъ въ этой послѣдней. Женщина 44 л., однажды, работая въ лѣсу, упала безъ чувствъ и пробыла въ такомъ состояніи около двухъ часовъ,—послѣ чего она была, по ея словамъ, какъ бы сумашедшей; эта не-

нормальность ея выражалась потерю сознанія и сильнымъ возбужденіемъ. Послѣ этого она представляла значительное пониженіе слуховой и зрительной способности, двойственность зрѣнія и потерю рѣчи около 8 дней. Всѣ эти явленія постепенно прошли, хотя затрудненіе рѣчи нѣсколько осталось. При питъѣ и ѣдѣ она часто давится,—жеванье тоже затруднено. Послѣ этого приступа обѣ ноги и лѣвая рука тоже были парализованы, хотя параличъ ногъ прошелъ черезъ 14 дней, тогда какъ верхняя конечность ухудшилась, при чемъ по временамъ въ рукѣ у нея появлялась дрожь и сильныя боли. При поступленіи въ клинику черезъ мѣсяцъ больная проявляла слабоуміе, суженіе зрачковъ и разстройство рѣчи. Исслѣдуя парализованную руку, авторъ нашолъ, что она рѣзко отличается отъ обычнаго вида контрактуры. Дѣло въ томъ, что она представляла не сплошную равномерную контрактуру, а контрактуру съ преобладаніемъ разстройства въ области распространенія nn. ulnaris и medianus, особенно же въ области вѣточекъ ulnaris для mm. interossei,—лѣвая нога слегка ослаблена, лѣвый n. facialis слегка ослабленъ, подвижность глазъ сохранена и языкъ слегка уклоняется влѣво. Спустя годъ наступилъ новый приступъ и больная скончалась. При вскрытіи, помимо диффузной атрофіи мозга и сильного hydrocephalus externus, на поверхности мозга не было замѣчено никакихъ очаговыхъ поражений. При разрѣзахъ мозга найденъ былъ маленькій очагъ въ области праваго чечевичнаго ядра. Очагъ этотъ располагался во внутреннемъ нижнемъ углу наружнаго членика чечевичнаго ядра и имѣлъ узкое и продолговатое направленіе (4—10 mm.); сзади этотъ очагъ тѣсно примыкаетъ къ наружной капсулѣ и къ среднему членику чечевичнаго ядра,—спереди же этотъ очагъ входитъ въ вещество наружнаго члена чечевичнаго ядра. Внутреннюю капсулу этотъ очагъ задѣваетъ всего только на 0,7 mm. Мѣсто пораженія опредѣляется положеніемъ у нижняго конца средней трети gyrus centralis anterior. Волокна внутренней капсулы представляются неповрежденными, тогда какъ часть волоконъ, идущихъ изъ разрушенной части putamen чрезъ средній членъ внутрь, значительно перерождена; однако уже во внутреннемъ членикѣ чечевичнаго ядра перерожденіе это незамѣтно. Принимая во вниманіе, что контрактура ограничивается преимущественно волокнами ulnaris, завѣдующими mm. interossei, можно думать, что всѣ эти волокна отъ корки къ периферіи проходятъ во внутренней капсулѣ именно въ мѣстѣ находке-



нія болѣзненнаго очага. Если это такъ, то этимъ самымъ выдвигается на сцену другое соображеніе: если для каждой части периферіи организма имѣются отдѣльныя волокна, непрерывно протекающія до мозговой корки, то, очевидно, мы имѣемъ два поля распространенія периферическихъ окончаній—въ мозговой коркѣ и въ периферіи организма. Насколько это соображеніе вѣрно—это покажутъ будущія изслѣдованія. Но при этомъ возникаетъ другой вопросъ. Такъ какъ распредѣленіе волоконъ въ спинномъ мозгу далеко не соотвѣтствуетъ ихъ распредѣленію на периферіи организма, —то, слѣдовательно гдѣ то должны существовать регуляторы этого несоотвѣствія. Въ этомъ случаѣ упорядочивателями являются нервные узлы, которые на этотъ разъ представляются отраженіемъ распространенія окончанія нервовъ въ мозговыхъ центрахъ. Наконецъ, еще одна особенность случая. Контрактура у больной существовала болѣе года, между тѣмъ нисходящей дегенерациі не оказалось. Это авторъ объясняетъ такъ. Очаги размягченія не являются только лишь отрицаніемъ бытія, но и исходнымъ пунктомъ химическаго раздраженія для близъ лежащихъ проводниковъ,—что и было въ данномъ случаѣ. Вообще статья автора представляетъ и порождаетъ множество чрезвычайно интересныхъ вопросовъ, какъ въ смыслѣ локализациі, такъ и въ смыслѣ отправленій центральной нервной системы.

*П. И. Ковалевскій.*

**Prof. Obersteiner**, Галлюцинаціи при прогрессивномъ параличѣ (Internationall klin. Rundschau. 1892).

Въ виду царящаго разногласія по данному вопросу, авторъ далъ себѣ трудъ изучить 194 случая прогрессивнаго паралича въ направленіи существованія галлюцинацій. Онъ заявляетъ, что въ отношеніи разстройствъ интеллекта паралитиковъ результаты его не абсолютно, но приблизительно вѣрны. У 29 паралитиковъ можно было наблюдать разстройства зрительныхъ ощущеній въ трактуемомъ смыслѣ, но и здѣсь дѣло сводилось нерѣдко къ иллюзіямъ и насильственнымъ идеямъ, такъ что лишь въ 20 случаяхъ (1 женщина) были несомнѣныя галлюцинаціи зрѣнія. Онѣ наблюдались во всѣхъ стадіяхъ и формахъ прогрессивнаго паралича, даже въ періодѣ (рѣдко) слабоумія. Чаще всего бывали въ сферѣ общаго чувства. Въ дементномъ стадіи паралича встрѣчались галлюцинаціи зрѣнія и служили какъ бы связующимъ звеномъ между иллюзіями и идеями бредовыми.

*Андрей Поповъ.*

**Theodor Kaes**, Къ вопросу объ этиологіи прогрессивнаго паралича и общія элементарныя статистическія данныя (*Beitrage zur Aethiologie der allgemeinen Paralyse nebst einleitenden allgemein—statistischen Bemerkungen. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1893).

Несмотря на то, что симптоматологія, отчасти и патологическая анатомія прогрессивнаго паралича являются достаточно разработанными, вопросъ относительно этиологіи его еще довольно теменъ и запутанъ. Этотъ фактъ побуждаетъ автора данной статьи рассмотретьъ тщательно этотъ вопросъ. Изъ произведенныхъ авторомъ наблюденій оказалось, что за десятилѣтіе отъ 1870 года по 1889 годъ было въ лечебницѣ паралитиковъ—мужчинъ 22,365%, женщинъ 7,47%, следовательно, число мужчинъ относилось къ числу женщинъ приблизительно какъ 3:1. Авторъ рассматриваетъ появленіе прогрессивнаго паралича съ точки зрѣнія 1) мѣстопробыванія: жители городовъ заболѣваютъ чаще; 2) возраста: у мужчинъ прогрессивный параличъ до 27-ми лѣтняго возраста встрѣчается спорадически, до 36-ти лѣтняго возраста частота его постепенно увеличивается и максимумъ частоты проявленія его лежитъ между 36—40 годами; далѣе частота его уменьшается и начиная съ 64 лѣтняго возраста прогрессивный параличъ бываетъ въ видѣ исключенія,—у женщинъ максимумъ наблюдается между 36—47 годами. Въ молодомъ возрастѣ прогрессивный параличъ встрѣчается чаще у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ въ виду того, что въ появленіи его не маловажную роль играетъ проституція. 3) Занятія: самый большій процентъ падаетъ на купцовъ, что зависитъ отъ распространенности этого класса. Въ образованномъ кругу прогрессивный параличъ встрѣчается рѣже. Между проститутками прогрессивный параличъ встрѣчается сравнительно часто. Къ этиологическимъ моментамъ авторъ относитъ 1) семейное предрасположеніе, которое, впрочемъ, по его мнѣнію не играетъ такой важной роли, какую ему приписываютъ; 2) сифилисъ; 3) алкоголизмъ, служащій, по мнѣнію автора, болѣе частой причиной, чѣмъ сифилисъ; 4) *tabes dorsualis*; 5) травматическія поврежденія головы, которыя во многихъ случаяхъ должны быть относимы скорѣе къ послѣдствіямъ прогрессивнаго паралича, а не къ вызывающимъ причинамъ; 6) инсоляція, какъ этиологическій моментъ, встрѣчается рѣдко; 7) интоксикаціи. За исключеніемъ отравленія алкоголемъ, на видномъ мѣстѣ стоитъ никотинъ. Отравленіе свинцомъ играетъ незначительную роль. Къ острымъ соматическимъ заболѣва-

ніямъ авторъ относить тифъ, который можетъ вызвать прогрессивный параличъ. Послѣ другихъ острыхъ соматическихъ заболѣваній прогрессивный параличъ встрѣчается такъ рѣдко, что авторъ склоненъ отнести это явленіе къ случайнымъ совпаденіямъ. Изъ хроническихъ соматическихъ заболѣваній, вызывающихъ прогрессивный параличъ, авторъ отмѣчаетъ заболѣванія стѣнокъ сосудовъ. Чрезвычайно рѣдко появленію прогрессивнаго паралича предшествуютъ другія психическія заболѣванія. Авторъ не признаетъ, чтобы умственное переутомленіе, неудачныя предпріятія, нравственные кризисы и пр. служили предрасполагающими моментами въ появленіи прогрессивнаго паралича. Онъ приводитъ даже случай, гдѣ неожиданная удача вызвала проявленіе прогрессивнаго паралича. Резюмируя все вышесказанное, авторъ отводитъ первое мѣсто алкоголю, второе наслѣдственности и третье сифилису.

*В. К. Дидрихсонъ.*

**Dr Krogias**, Табетическое пораженіе суставовъ (Tabetiska ledgangsaffektioner, Finska läkaresällsk. handl. 1893, Neurolog. Centralb. 1893).

Авторъ описываетъ три случая табетическаго пораженія суставовъ, въ области колѣннаго сочлененія. Въ первомъ случаѣ у больного 53 л., сифилитика, пораженіе сустава явилось при явно выраженномъ *tabes*; во второмъ случаѣ у сифилитика 49 лѣтъ недостаточно уяснено отношеніе пораженія сустава къ табетическому пораженію; наконецъ, въ третьемъ случаѣ у сифилитика 37 лѣтъ пораженіе сустава явилось на готовой табетической почвѣ.

*Д. И. Поляковъ.*

**Prof. Möbius**, О душевныхъ расстройствахъ при хорей (Ueber Seelenstörungen bei Chorea, Münch. medic. Wochenschrift, 1892).

Разсматривая цѣлый рядъ случаевъ хорей съ пораженіями душевной дѣятельности, авторъ останавливается на томъ положеніи, что во всѣхъ случаяхъ хорей картина душевнаго расстройства имѣетъ характеръ инфекціоннаго психоза. При чемъ онъ замѣтилъ, что между ходомъ хорей и ходомъ сопровождающаго ее душевнаго расстройства не существуетъ взаимосоотношенія и бывають случаи, когда душевное расстройство наступаетъ при обратномъ уже теченіи хорей, какъ это бываетъ и при другихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ. Авторъ полагаетъ, что Сиденгамовская хорея есть болѣзнь инфекціонная. При хорей у вырождающихся могутъ являться всевоз-

можные психозы вырожденія, хотя эти послѣдніе будутъ не болѣе какъ случайныя явленія. Бываютъ однако случаи, когда сама хорея у истеричныхъ и другихъ дегенератовъ можетъ являться, какъ проявленіе вырожденія. Въ рѣдкихъ случаяхъ хорейческой психозъ, подобно тому, какъ и при другихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, можетъ проявляться въ формѣ сноподобнаго состоянія съ массою галлюцинацій, бредовыми идеями и состояніемъ возбужденія.

*Андрей Поповъ.*

**Dr Merklin**, Замѣтки о защитительныхъ аппаратахъ параноиковъ и психическомъ воздѣйствіи галлюцинацій (Bemerkungen über die Schutzapparate der Paranoischen und die psychische Beeinflussung der Hallucinationen, Centralblatt für Nervenheilkunde, 1893).

Параноики очень часто принимаютъ мѣры противъ своихъ преслѣдователей и эти мѣры нерѣдко могутъ быть весьма своеобразны. Такъ, они устраиваютъ особые костюмы, дѣлаютъ приспособленія для рукъ и проч., затыкаютъ уши и т. д. Не подлежитъ сомнѣнію, что эти мѣры на нихъ дѣйствуютъ иногда благотѣльно, проявляясь въ видѣ автовнушенія. Поэтому, если они никому не мѣшаютъ и не могутъ производить особеннаго воздѣйствія на окружающихъ, то противъ нихъ можно и не принимать никакихъ мѣръ; напротивъ, если эти принимаемыя больными мѣры смѣшны и неудобны, то ихъ можно устранять и замѣнять другими отвлекающими средствами.

*Д. И. Поляковъ.*

**Dr Friedmann**, О нервной слабости и психозахъ въ дѣтскомъ возрастѣ (Münch. med. Wochenschrift, 1892).

На основаніи изрядной казуистики, авторъ излагаетъ ученіе о нервной слабости и душевныхъ расстройствахъ у дѣтей. Среди 115 случаевъ страданій у дѣтей онъ нашелъ 66 функціональных нейрозовъ (22 случая хорей), 45 органическихъ и периферическихъ нервныхъ страданій и 4 психоза; на 200 же случаевъ нервныхъ страданій у взрослыхъ—102 функціональных нейроза, 98 периферическихъ и органическихъ страданій и 38 психозовъ. Нейрастенія, въ тѣсномъ смыслѣ, у дѣтей не встрѣчается, но бываетъ родъ нервнаго расположенія. Рѣзко проявляется у нихъ судорожная форма хорей, а истерія сопровождается тяжелыми симптомами. Въ клинической картинѣ преобладаетъ эретизмъ и психическая гиперестезія; первичный ступоръ безъ слабоумія отсутствуетъ. Далѣе наблюдаются судороги и параличи. Бывали случаи психического воз-

бужденія, скоропроходящаго или повторяющагося, рѣже непрерывнаго; въ послѣднемъ случаѣ дѣло доходило до общаго истощенія и паралича. Авторъ приводитъ нѣсколько краткихъ исторій болѣзни дѣтей. Въ заключеніе авторъ говоритъ, что дѣтскій мозгъ не способенъ къ продолжительнымъ психическимъ возбужденіямъ и послѣднія скоро переходятъ въ истощеніе.

*Андрей Поповъ.*

Dr Lewin, Nikotinismus, Jnternation. klin. Rundschau, 1892.

Табакъ употребляютъ въ видѣ куренья, нюханья и жеванья, во изъ всѣхъ этихъ способовъ наиболѣе распространено куренье. Мы не знаемъ нормы употребленія этого средства, за которою слѣдуетъ злоупотребленіе и болѣе или менѣе значительныя измѣненія въ организмѣ. Во всякомъ случаѣ табакъ дурно отзывается на всѣхъ органахъ человѣческаго тѣла. При злоупотребленіяхъ имъ наблюдаютъ: на кожѣ пятна и эритему, angina granulosa, потерю аппетита, чувство полноты и боли въ области epigastria, рвоту и расстройства отправленій кишечника и мочевого пузыря и ослабленіе половой дѣятельности, доходящее до полнаго безсилія. Очень часто наступаетъ сердцебиеніе, слабость пульса, предсердечная тоска, слабость сердца, полное его безсиліе и collapsus, склерозъ венечныхъ артерій, гипертрофія лѣваго сердца, жировое перерожденіе стѣнокъ сердца и проч.,—у курящихъ сигары появляется пораженіе носовой полости, трахеи и проч. Со стороны глазъ: ослабленіе ясности зрѣнія, ограниченіе поля зрѣнія, скотомы, со стороны слуха — глухота. У женщинъ наблюдаются расстройства менструацій и выкидыши. Со стороны психической дѣятельности: ослабленіе мыслительной энергіи, лѣнь, давленіе въ головѣ, бессонница, иногда же сонливость, плохое расположеніе духа, нерасположеніе къ работѣ и головокруженіе. У сильныхъ курильщиковъ наблюдаются атактическія явленія, паретическая слабость сфинктеровъ, судорги и подергиванія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ развивается никотинный психозъ. Въ немъ различается періодъ предвѣстниковъ, длящійся около трехъ мѣсяцевъ и состоящій въ общемъ дурномъ расположеніи духа, безпокойствѣ, тоскѣ, бессонницѣ и подавленности съ религіознымъ оттѣнкомъ; далѣе наступаетъ предсердечная тоска съ полнымъ развитіемъ психоза. Въ немъ авторъ различаетъ три періода: 1) галлюцинаціи всѣхъ чувствъ, бредовыя идеи, склонности къ самоубійству, расстройство самочувствія, приступы страха и ужаса и бессонница; 2) повы-

шенное самочувствіе, легкая маніакальная екзальтація, галлюцинаціи; 3) въ промежуткахъ между этими двумя состояніями интерваллы съ раздражительностью, ослабленіемъ вниманія и ослабленіемъ памяти. Излеченіе наступаетъ, при прекращеніи куренія, въ первомъ періодѣ—въ шесть мѣсяцевъ, во второмъ — въ теченіи года и въ третьемъ —никогда. При леченіи требуется прежде всего воздержаніе отъ табака, затѣмъ іодистый кали, послабляющія, теплыя ванны и симптоматическое леченіе.

*Андрей Поповъ.*

**Dr Marcuse.** Случай хиннаго психоза (Ueber einen Fall von Chininpsychose. 1891).

Авторъ приводитъ довольно интересный случай психоза, послѣдовавшаго за приѣмомъ большой дозы хиниоидина. 32 лѣтній, крѣпкаго тѣлосложенія, человѣкъ, принялъ въ теченіи ночи 13,5 хиниоидина съ цѣлю изгнать солитера; вскорѣ обнаружались признаки остраго помѣшательства. На ряду съ обыкновенными признаками хиннаго отравленія, наблюдались восемь судорожныхъ припадковъ, при полной потерѣ сознанія. Душевное разстройство, описываемое авторомъ, представляетъ картину остраго галлюцинаторнаго помѣшательства, продолжавшагося три недѣли.—Въ первые дни болѣзни пациентъ находился подъ наплывомъ массы ложныхъ идей; далѣе наблюдались острые уклоненія зрительныхъ ощущеній, подобныя бывающимъ при *delirium alcoholicum*, и наконецъ наступилъ періодъ выздоровленія, когда больной, не смотря на разнообразныя безумныя идеи, имѣвшія связь съ ранними галлюцинаціями (перваго періода) видимо приходилъ къ сознанію. То обстоятельство, что идеи бреда оставались долго, объясняется медленностью исчезанія спутанности и отсутствіемъ критики у больного.

*Андрей Поповъ.*

**Dr Wulff,** Къ вопросу относительно появленія туберкулеза въ заведеніяхъ для идіотовъ (Bemerkungen über das Vorkommen von Tuberkulose in den Idiotenanstalten. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie etc. 1893).

Туберкулезъ есть частое явленіе въ лечебницахъ для психическихъ больныхъ, поэтому важно заняться вопросомъ какъ этиологіи его появленія, такъ и профилактическихъ мѣропріятій для устраненія этого явленія. Авторъ обратился въ 46 нѣмецкихъ заведеній для идіотовъ съ просьбой прислать ему списки смертности; оказалось, что въ одномъ случаѣ изъ 2,449

больныхъ мужчинъ за послѣднее время умерло въ общемъ 5,6%, при чемъ на долю туберкулеза пришлось 2,8%, слѣдовательно, отъ туберкулеза умерло въ общемъ 49,3%. Изъ 1,720 женщинъ умерло 5,2%; изъ нихъ умерло отъ туберкулеза 2,4%, слѣдовательно, въ общемъ отъ туберкулеза умерло 46,7%. Изъ 4,538 мужчинъ и женщинъ, вмѣстѣ взятыхъ, погибло отъ чахотки 48,6%. Изъ этихъ цифровыхъ данныхъ авторъ выводитъ то заключеніе, что смертность отъ чахотки въ заведеніяхъ для идіотовъ почти вдвое больше, чѣмъ въ лечебницахъ для умалишенныхъ. Дальнѣйшія цифровыя данныя особенно не разнятся отъ вышеприведенныхъ. Авторъ замѣчаетъ, что смертность отъ чахотки значительно больше въ тѣхъ заведеніяхъ, въ которыхъ дѣятельность врачей крайне незначительна. Переходя къ этиологіи, авторъ не высказывается въ пользу того, довольно распространеннаго, мнѣнія, что идіотія предрасполагаетъ къ заболѣванію туберкулезомъ; онъ склоненъ думать, что плохія гигиеническія условія заведеній вліяютъ на появленіе его, при чемъ случайность, вызывающая болѣе скорую порчу воздуха, играетъ важную роль. Большую смертность женщинъ отъ чахотки сравнительно съ мужчинами авторъ объясняетъ родомъ ихъ занятій, которыя заставляютъ ихъ большую часть дня проводить въ закрытыхъ помѣщеніяхъ. Изъ всего этого слѣдуетъ, что въ профилактическомъ отношеніи слѣдуетъ заботиться о меньшей скученности, о чистомъ воздухѣ въ жилыхъ помѣщеніяхъ, хорошемъ уходѣ, здоровой пищѣ и проч. Затѣмъ очень важно устроить постоянный медицинскій надзоръ въ заведеніяхъ для идіотовъ и каждый разъ немедленно изолировать всякій подозрительный случай, заботясь кромѣ того о тщательной дезинфекціи.

*В. К. Дидрихсонъ.*

**Dr Alfred Bothe**, О домашнемъ уходѣ за умалишенными по наблюденіямъ, произведеннымъ въ этомъ направленіи въ Далльдорфѣ (Ueber familienpflege Geisteskranker nach den in Dalldorf mit dieser Einrichtung gemachten Beobachtungen. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 1893).

Авторъ приводитъ подробное описаніе всѣхъ условій, въ которыхъ находятся душевно-больные при домашнемъ уходѣ въ Далльдорфѣ; затѣмъ, переходя къ критической оцѣнкѣ вообще домашняго ухода, онъ приходитъ къ слѣдующимъ окончательнымъ выводамъ: 1) Домашній уходъ является не только вспомогательнымъ средствомъ, но и необходимымъ,

драгоценнымъ и равнозначущимъ пользованію въ лечебницахъ методомъ. 2) Распространеніе такихъ домашнихъ пріютовъ является очень желательнымъ нововведеніемъ. 3) Значительная часть труда лечебницъ падаетъ на таковыя учрежденія. 4) Важнымъ условіемъ является то обстоятельство, чтобы домашній уходъ находился подъ контролемъ врача-спеціалиста. 5) Экономическая сторона при домашнемъ уходѣ не можетъ играть существенной роли ввиду того, что плата за него значительно ниже лечебной. 6) При разумномъ выполненіи всѣхъ требуемыхъ условій и при неособенно неблагоприятныхъ внѣшнихъ обстоятельствахъ, выгодная сторона этого вопроса настолько очевидна, что едва-ли найдутся серьезные мотивы, говорящіе противъ домашняго ухода.

*В. К. Дидрихсонъ.*

**Otto Klinka**, Къ исторіи о свободномъ пользованіи и примѣненіи покоя къ душевно-больнымъ (*Zur Geschichte der freien Behandlung und der Bettruhe bei Geisteskranker, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie etc.* 1893).

Авторъ приводитъ краткій историческій очеркъ пользованія душевно-больныхъ, приче́мъ главную часть своего очерка посвящаетъ примѣненію различныхъ насильственныхъ и стѣснительныхъ мѣръ. Въ послѣднее время является все больше и больше сторонниковъ метода свободного пользованія и примѣненія покоя при леченіи душевно-больныхъ, къ каковымъ сторонникамъ причисляетъ себя и авторъ этой статьи.

*В. К. Дидрихсонъ.*

**Dr Tomewso**, Лечение нейрастеніи, меланхоліи и эссенціальной эпилепсіи впрыскиваніями здороваго нервнаго вещества (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1893).

Авторъ провѣрялъ изслѣдованія Babes'a о дѣйствіи впрыскиваній нервнаго вещества нервнымъ больнымъ и нашелъ, что таковыя впрыскиванія остаются не безъ благотворнаго вліянія при меланхоліи и въ нѣкоторыхъ случаяхъ паралитической маніи и ложнаго паралича; нужно же избѣгать примѣненія этихъ впрыскиваній въ острыхъ случаяхъ центральнаго и периферическаго заболѣванія нервной системы.

*Д. И. Поляковъ.*

**Dr Müller**, Руководство по нейрастеніи (*Handbuch der Neurasthenie*, 1893).

Книга эта представляетъ собою сборникъ статей различныхъ авторовъ, представляющихъ систематическое изложеніе



ученія о нейрастеніи, и состоитъ изъ девяти главъ въ 609 страницъ. Первая глава заключаетъ литературу о нейрастеніи и составлена Müller'омъ. Вторая глава представляетъ исторію данной болѣзни и составлена тѣмъ же авторомъ. Третью главу составилъ Hösslin о сущности нейрастеніи,—ему же принадлежатъ четвертая глава о причинахъ нейрастеніи,—пятая съ симитоматологіей нейрастеніи и шестая о теченіи, прогнозѣ и діагнозѣ нейрастеніи. Седьмая глава о патологической анатоміи и восьмая о судебномедицинскомъ значеніи нейрастеніи составлена Müller'омъ. Девятая глава, самая большая, заключаетъ въ себѣ ученіе о леченіи нейрастеніи и дѣлится на нѣсколько отдѣловъ. Леченіе массажемъ и гимнастикой составлено Hüperfauth'омъ, медикаментальное леченіе, діета и діететика, составлено Wilhelm'омъ, леченіе на озерахъ принадлежитъ Lahusen'у,—климатическое леченіе Egger'у,—гидротерапія—Müller'у,—больнеотерапія Schütz'у,—электрическое леченіе Koch'у и психическое леченіе Schrenck-Notzing'у. Изъ всего этого можно себѣ представить, какое ужасное пустословіе должна представлять эта книга. Дѣйствительно другую, болѣе безсодержательную и многословную книгу трудно найти. Если пустословіе французовъ остроумно и интересно, то нѣмцы и въ этомъ превзошли французовъ; ихъ пустословіе и не умно и не интересно.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr Crothers, Законъ періодичности при пьянствѣ (The Alienist and Neurologist, 1892).**

Періодическій пьяница имѣетъ нервно-неустойчивый характеръ. Въ періодъ воздержанія онъ строгій моралистъ, борецъ словомъ и приѣмомъ за необходимость воздержанія,—во время же пароксизма пьянства наступаетъ полная противоположность всему. Болѣе 60% пьяницъ принадлежитъ къ этому классу. У одного стремленіе пить является внезапно, при свѣтломъ жизненномъ горизонтѣ, именно когда менѣе всего того можно ожидать: во время свадебнаго пира, или по поводу того или иного радостнаго событія. У иного же—подъ вліяніемъ необычайныхъ возбужденій или депрессіи и т. п. Третій видитъ въ алкогольѣ лекарство для себя;—пьетъ рюмку, а за ней слѣдуетъ „запой“. Къ четвертому классу принадлежатъ лица, у которыхъ наблюдается просто возвращеніе цикла пьянства. Болѣе чѣмъ въ 90% всѣхъ случаевъ пьянства усматривается наследственная наклонность. Авторъ высказываетъ предположеніе, что періодическое пьянство близко стоитъ къ эпилепсіи

и даже есть маскированная эпилепсія: какъ алкоголизмъ влечетъ эпилепсію, такъ и эпилепсія приводитъ къ періодическому пьянству. Приступъ пьянства смѣняется всегда свѣтлымъ промежуткомъ; продолжительность обоихъ слѣдуетъ опредѣленному кругу: періодъ пьянства начинается съ одного дня и постепенно возрастаетъ до года, а потомъ вновь уменьшается до одного дня и даже нѣсколькихъ часовъ; свѣтлый промежутокъ обратно, вначалѣ уменьшается, а потомъ длительность его нарастаетъ. Подобная смѣна періода пьянства и свѣтлаго промежутка длится до выздоровленія или смерти и зиждется на еще не вполне установленномъ законѣ, господствующемъ въ нервной дѣятельности. *Андрей Поповъ.*

**Dr Crothers**, Пьянство, наступающее вслѣдъ за психической травмой (*The American Lancet*. 1892).

Авторъ различаетъ при пьянствѣ два состоянія. Первое или нервный стадій проявляется различными симптомами,—большую же частью онъ состоитъ въ нервномъ истощеніи, постепенномъ ослабленіи нервныхъ отправленій или разстройствъ питанія и заканчивается алкогольнымъ эксцессомъ. Второе состояніе, стадій тожь, есть собственно страсть къ пьянству и заканчивается излеченіемъ, или смертью. Психическая травма ввергаетъ пострадавшаго въ первый, или иногда прямо во второй стадій. Одинъ здоровый купецъ, безъ наслѣдственности, былъ въ числѣ пассажировъ сошедшаго съ рельсовъ поѣзда; вскорѣ наступаютъ у него душевныя волненія и функціональный параличъ. Спустя нѣсколько дней онъ оправился настолько, что могъ возвратиться домой; однако-же еще жаловался на изнеможеніе и нейралгическія боли. Скоро онъ предался пьянству и пилъ три года, пока пневмонія не свела его въ могилу. *Андрей Поповъ.*

**Dr Crothers**, Заведенія для леченія пьяницъ (*Inebriate asylum, The Quarterly Journal of Inebriety*, 1893).

Пріюты для леченія пьяницъ впервые были открыты въ Америкѣ, нынѣ же они распространились на всѣ цивилизованныя страны міра. Американскія заведенія имѣютъ ту заслугу, что въ нихъ впервые разработаны теоретическіе и практическіе принципы леченія его. Эти больницы должны замѣнять собою какъ предварительное заключеніе пьяницъ въ участкахъ, такъ и болѣе продолжительное въ тюрьмахъ. Тюремны не только не прекращаютъ пьянства, а скорѣе его укрѣпляютъ и способ-

ствують вырожденію личности. Госпитали для пьяниц должны принимать не только свѣжіе, но и закоренѣлые случаи пьяницъ, съ тѣмъ, чтобы послѣдніе своимъ трудомъ избавляли общество отъ содержанія бездѣльниковъ, а государству приносили бы надлежащую пользу. Госпитали для пьяницъ съ особенной старательностью должны заботиться о свѣжихъ случаяхъ, дабы ихъ излеченіемъ возвратитъ обществу и государству полезныхъ членовъ. Эти заведенія должны сами себя содержать, при чемъ ихъ устройство должно быть обосновано на принципѣ военныхъ исправительныхъ школъ. Устройство такихъ заведеній должно производиться на доходы отъ акциза на томъ основаніи, что всякая специальность должна оплачивать всѣ тѣ несчастія, которыя произошли по ея винѣ.— Въ ожиданіи цѣльнаго сочиненія—вышеуказаннаго гениальнаго ученаго и неутомимаго труженика о пьянствѣ, передаемъ его вышеизложенныя положенія, послужившія предметомъ его доклада въ ученомъ обществѣ. *П. И. Ковалевскій.*

Dr. Berillon, Психическое леченіе морфинизма (The psychotherapie treatment of morphinism, The Quarterly Journal of Inebriety, 1893).

По мнѣнію автора, психотерапія даетъ полное излеченіе морфійной страсти и морфіоманіи безъ помѣщенія больныхъ въ заведенія. Въ тѣхъ случаяхъ, когда помѣщеніе въ заведеніе является неизбѣжнымъ, психотерапія облегчаетъ страданія больныхъ и ускоряетъ излеченіе. Затрудненіе при леченіи морфіомановъ обуславливается не истощеніемъ и малокровіемъ больныхъ, а ихъ нравственнымъ безсиліемъ и противодѣйствіемъ при ихъ леченіи. При этомъ леченіе длится около мѣсяца, при чемъ уменьшеніе пріемовъ морфія должно идти постепенно и когда дѣло дойдетъ до 0,01—0,02 въ сутки, прекратить его сразу. Въ это время внушеніе должно повторяться чаще, дабы поддержать въ пациентѣ энергію; періодъ выздоровленія будетъ меньшій, если отученіе производится постепенно. То недомоганіе, которое наблюдается въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ по прекращеніи пріемовъ морфія, легко уничтожается внушеніемъ. Леченіе, достигаемое внушеніемъ, будетъ несравненно сильнѣе полученнаго насильственно, такъ какъ при этомъ происходитъ пробужденіе воли больного и активное ея участіе,—что также служитъ ручательствомъ противъ грядущихъ возвратовъ морфіоманіи.

*Я. Я. Трутовскій.*

**Dr Mosher**, Психическая эпилепсія (Mental epilepsy, The Journal of nervous and mental. disease, 1893).

Съ развитіемъ ученія о корковыхъ отправленияхъ особенно упрочилось ученіе о психической эпилепсіи. Подъ именемъ психической эпилепсіи авторъ разумѣетъ острый, періодическій, внезапно и бурно развивающійся и быстро прекращающійся, психозъ, который за сѣбъ сопровождается ступоромъ и комой. Въ этомъ приступѣ особенно рѣзко выражается наступательность и жестокость дѣйствій, неудержимая и безпричинная импульсивность къ убійству и самоубійству, масса иллюзій и галлюцинацій устрашающаго свойства и повторность однихъ и тѣхъ же явленій въ каждомъ новомъ случаѣ приступа. Рядомъ съ этимъ происходитъ расстройство сознанія данной обстановки и амнезія обо всемъ происшедшемъ въ приступѣ. По мѣрѣ повторности приступовъ у такихъ людей наступаетъ постепенный упадокъ душевной дѣятельности, усиленная раздражительность, ослабленіе вниманія и памяти, ослабленіе сообразительности, пониманія и постепенный переходъ въ слабоуміе. Авторъ приводитъ много случаевъ психической эпилепсіи, всѣ съ совершеніемъ убійствъ.

*Андрей Поповъ.*

**Dr Krauss**, Рефлекторныя расстройства, какъ причина эпилепсіи (Reflex disturbances in the causation of epilepsy, The Journal of nervous and mental diseases., 1893).

По мѣрѣ того, какъ авторъ изучаетъ случаи идіопатической эпилепсіи, авторъ все больше и больше убѣждается въ томъ, что случаи идіопатической эпилепсіи въ огромнѣйшемъ большинствѣ зависятъ отъ периферическаго раздраженія и проявляются рефлекторно. Въ этомъ отношеніи очень часто серьезную роль играютъ аномаліи въ половыхъ органахъ дѣтей, какъ въ области preputii, clitoridis, vaginae, recti и т. д. Посему во всѣхъ случаяхъ идіопатической эпилепсіи надлежитъ весьма тщательно изучить весь организмъ. Эти причины не прямо вызываютъ эпилепсію, а путемъ повторности и постоянного воздѣйствія; онѣ постоянно ослабляютъ общій тонусъ, понижаютъ его задерживающую способность и, при предрасположеніи къ эпилепсіи, способствуютъ проявленію ея припадковъ. Касаясь многоразличныхъ причинъ периферическаго происхожденія эпилепсіи, авторъ останавливается и на желудочныхъ расстройствахъ, при чемъ совѣтуетъ не увлекаться сильно этой причиной. Онъ полагаетъ, что во многихъ случаяхъ передъ наступленіемъ припадковъ наступаютъ такіа измѣненія

въ организмѣ, которыя вмѣстѣ съ нимъ усиливаютъ отдѣленіе желудочнаго сока, усиленіе аппетита и даже нѣкоторое обжорство, каковое въ данномъ случаѣ явится уже выраженіемъ грядущаго припадка, а не его причиною. Авторъ полагаетъ также, что многіе случаи травматической эпилепсiи будутъ по существу также проявленіемъ рефлекторной эпилепсiи.

*Я. Я. Трутовскій.*

**Dr Jacoby**, Приступы періодическаго сна эпилептической природы (Periodical sleep seizures of an epileptic nature, New-York medic. Journal, 1893).

Явленія неудержимаго сна (нарколепсiи) наблюдались неоднократно и ставились въ связь съ истеріей. Авторъ однако полагаетъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ явленія нарколепсiи будутъ эпилептической характера. Уже раньше приступы сна, какъ эквивалентъ эпилепсiи, описывались Westphal'емъ, Fischer'омъ, Mendel'емъ, Berkhan'омъ и др., при чемъ эти приступы сна сопровождались судорогами. Авторъ описываетъ два случая эпилепсiи, въ которыхъ приступы настоящей эпилепсiи замѣнились приступами сна съ послѣдующей амнезіей. Оба эти больные проявляли явленія сомнамбулизма. По мнѣнію автора, эпилептический сонъ съ послѣдующей амнезіей, отличается какъ отъ истерической нарколепсiи, такъ и отъ истеріи. Авторъ возбуждаетъ вмѣстѣ съ этимъ новый вопросъ: не существуетъ ли въ продолговатомъ мозгу особенный центръ для сна? Этотъ вопросъ остается однако открытымъ.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr Browning**, Эпилептический интервалъ, какъ показатель теченія и леченія эпилепсiи (The epileptic interval its phenomena and their importance as a guide to treatment, The Journal of nervous and mental disease, 1893).

Время между приступами эпилепсiи или интерпароксизмальный періодъ имѣетъ очень большое значеніе въ дѣлѣ пониманія и леченія эпилепсiи, почему авторъ занимается очень серьезнымъ изученіемъ этого состоянія на 150 эпилептикахъ. Это время важно прежде всего въ томъ отношеніи, что указываетъ на необходимость леченія эпилепсiи съ перерывами, или непрерывно. Далѣе изученіе этого времени показываетъ на большее или меньшее воздѣйствіе лекарствъ и, слѣдовательно, можетъ служить показателемъ къ продолженію употребленія леченія, или къ прекращенію. Наконецъ, изученіе этого времени

\*

можетъ служить мѣриломъ улучшенія или ухудшенія болѣзни. Приступая къ изученію этого состоянія, авторъ останавливается преимущественно на тѣхъ признакахъ, которые менѣе изучены. Прежде всего должно сказать, что многія явленія бываютъ какъ во время приступа, такъ и между приступами, такъ что нерѣдко трудно бываетъ сказать, какія явленія относятся къ препадоксимальнымъ, постпадоксимальнымъ и интерпадоксимальнымъ. Обращаясь къ проявленіямъ, наичаще находящимъ въ промежуткахъ между приступами эпилепсін, авторъ полагаетъ, что со стороны зрачка чаще всего наблюдаются неравенство и колебанія зрачка. Проявленія колебаній зрачка очень разнообразны. Прежде всего наблюдается неправильность въ расширеніи зрачка. Это расширеніе совершается скачками, а въ промежуткахъ между этими скачками наблюдается легкое суженіе зрачка, почему актъ расширенія зрачка значительно затягивается. Обыкновенно это явленіе съ обѣихъ сторонъ, при чемъ оно наблюдается и въ томъ случаѣ, когда одинъ глазъ закрытъ. Въ другихъ случаяхъ неправильность наблюдается при сокращеніи зрачка, при чемъ края зрачка являются зазубренными. Еще въ иныхъ случаяхъ расширеніе совершается медленно, заходитъ за должныя границы и затѣмъ даетъ легкое суженіе противъ увеличеннаго расширенія. Четвертый типъ нарушенія сокращенія зрачка, самый частый, — дрожь зрачка въ теченіе всего времени испытанія. Движеніе это болѣе или менѣе ритмическое и при закрытомъ другомъ глазѣ является сильнѣе выраженнымъ. Изъ другихъ измѣненій въ глазныхъ средахъ авторъ указываетъ на кольцеобразное утолщеніе и пигментацію радужной оболочки. Разстройства рефракціи и аккомодациі у эпилептиковъ очень часты и, повидимому, находятся въ связи съ общою нервною слабостью, почему должны быть лечимы обычнымъ путемъ. Точно также довольно частъ у паралитиковъ парезъ наружнаго глазнаго мускула. Въ числѣ другихъ особенностей зрительныхъ разстройствъ авторъ указываетъ также въ нѣкоторыхъ случаяхъ на неспособность сосредоточивать взглядъ на одномъ предметѣ и постоянное перескакиваніе съ предмета на предметъ. О пораженіяхъ сердца у эпилептиковъ говорится довольно часто; нужно однако сказать, что органическія пораженія сердца встрѣчаются несравненно рѣже, чѣмъ функціональныя. Объ органическихъ разстройствахъ сердца при эпилепсін говорятъ Martin, Hollis, Lemoine и Knapp. Flint приводитъ случай, въ которомъ яко-бы приступы эпилепсін обусловили порокъ

клапановъ сердца; Ногн же приводитъ обратный случай, въ которомъ приступы эпилепсiи появились вслѣдствіе порока сердца. Авторъ полагаетъ, что едва ли есть смыслъ въ утвержденіи, что приступы эпилепсiи могутъ вызвать органическій порокъ сердца; если и наблюдаются при эпилепсiи органическія пораженія сердца, то это будетъ простымъ совпаденіемъ. По его мнѣнію, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ у эпилептиковъ наблюдается органическій порокъ сердца, приступы бываютъ похожи на обморокъ и онъ наблюдалъ даже случай, гдѣ приступы большой эпилепсiи смѣнялись приступами малой эпилепсiи. Нѣкоторые авторы установили особый видъ сердечной эпилепсiи (Trousseau, Stokes, Wood и др.), это тотъ видъ эпилепсiи, который поддерживается органическимъ порокомъ сердца. Явленія тахикардiи при эпилепсiи — явленіе обычное и болѣе  $\frac{1}{3}$  всѣхъ случаевъ эпилепсiи обнаруживаютъ это явленіе, противъ этого состоянія хорошо дѣйствуютъ *cardiaca*, особенно же *digitalis*. Изъ измѣненій пульса часто можно встрѣчать малый и слабый пульсъ, рѣже — медленный пульсъ, иногда наблюдается аритмическій и перемежающійся пульсъ и различная сила удара сердца при неравенствѣ ритма сердечныхъ сокращеній; часто наблюдается такъ называемое дѣтское сердце, отличающееся быстрой возбудимостью и измѣненной ритмичностью. Болѣзненные ощущенія въ области сердца—явленіе очень частое; оно выражается въ видѣ сжатія, боли, тоски, *angina pectoris* и пр.; эти явленія болѣе свойственны женщинамъ, чѣмъ мужчинамъ и дѣтямъ. Всѣ вышеуказанныя сердечныя явленія, если онѣ существуютъ обычно, передъ приступомъ эпилепсiи усиливаются и въ такомъ случаѣ иногда онѣ представляютъ видъ авры; въ другихъ же случаяхъ онѣ и являются только въ формѣ авры. Противъ всѣхъ этихъ сердечныхъ явленій авторъ совѣтуетъ назначать *digitalis* въ сочетаніи съ малыми приѣмами броматовъ.—Дыхательныя разстройства при эпилепсiи явленія довольно рѣдкія, иногда у эпилептиковъ наблюдаются приступы диспноэ. По мнѣнію автора, емкость легкихъ у эпилептиковъ ниже нормальной и это пониженіе идетъ соответственно усиленію припадковъ, что зависитъ отъ усиливающагося пареза мускуловъ туловища. Исслѣдованія Eskridge показали, что высота мѣста и количество влаги особеннаго значенія на количество приступовъ не имѣютъ; за то, по исслѣдованіямъ Ingram'a, барометрическія и термометрическія колебанія могутъ давать поводъ къ наступленію эпилептическихъ приступовъ. Очень много говорятъ о своеобразности и капризахъ

аппетита эпилептиковъ, а также объ ихъ чрезмѣрномъ аппетитѣ; послѣднее совершенно неправильно; напротивъ, нерѣдко можно наблюдать ослабленный аппетитъ и даже анорексію. Правда, послѣднія явленія зависятъ часто отъ брома и улучшаются совмѣстно съ улучшеніемъ приступовъ. Авторъ порицаетъ содержаніе эпилептиковъ на слабой діетѣ, доходящей до голоданія; напротивъ, Ререръ совѣтуетъ усиленное питаніе въ видѣ Weir-Mitchel'евскаго. У немногихъ больныхъ бываетъ усиленный аппетитъ, иногда особенная страсть къ отдѣльнымъ веществамъ, какъ напр., къ мясу, свининѣ, сладкому и проч. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ у эпилептиковъ являются приступы булеміи. Обыкновенно за этими приступами голода слѣдуютъ и приступы эпилепсіи. Нельзя однако думать, чтобы въ этихъ случаяхъ обжорство обуславливало приступъ эпилепсіи, что часто приступъ наступалъ и въ тѣхъ случаяхъ, если усиленный аппетитъ и не удовлетворялся. Равно нельзя считать этого приступа булеміи и за авру, ибо приступъ появлялся далеко не тотчасъ послѣ наступленія булеміи.—Въ полости рта наблюдаютъ: обложенный языкъ, иногда слюнотеченіе, гингивитъ, дурной и металлическій вкусъ во рту, увеличенныя железы, дурной запахъ изо рта и *ginitis*.—Кишечный торпоръ явленіе обычное у эпилептиковъ, хотя бываютъ случаи, когда у нихъ появляется и діаррея. Эту въ нѣкоторыхъ случаяхъ обычную діаррею слѣдуетъ отличать отъ пароксизмальной діарреи, появляющейся иногда и при обычныхъ запорахъ. Эти расстройства кишечника приписывали лекарствамъ, что на дѣлѣ едва ли правильно. Скорѣе въ этомъ слѣдуетъ обвинить недостаточное пережевываніе и проглатываніе не приготовленной механически пищи. Авторъ не допускаетъ большихъ потерь вѣса у эпилептиковъ, хотя считаетъ возможнымъ, что леченіе броматами и плохое питаніе могутъ отразиться на вѣсѣ тѣла. Со стороны крови наблюдается малокровіе. Дискразіи бываютъ или врожденныя, или благопріобрѣтенныя отъ алкоголя, сифилиса, ревматизма, подагры и проч. Половые отправления очень часто нарушаются при эпилепсіи, особенно у женщинъ; точно также наблюдаются расстройства и менструальныя. Авторъ порицаетъ врачей, которые завѣряютъ матерей дѣвиць-эпилептичекъ, что эти послѣднія съ выходомъ замужъ избавятся отъ болѣзни. Замужество не только не избавляетъ отъ эпилепсіи, а нерѣдко ее усиливаетъ. Часто у эпилептиковъ наблюдаются холодныя конечности, зависящія частью отъ ослабленной дѣятельности сердца, а частью отъ усилен-



наго потѣнія ихъ. Кожныя разстройства у эпилептиковъ явленіе не рѣдкое; иногда замѣчается особенный специфическій запахъ отъ ихъ кожи. Хорошій сонъ наблюдается у  $\frac{1}{4}$  всѣхъ случаевъ; у остальныхъ наблюдаютъ бессонницу, усиленную сонливость и беспокойный сонъ. Иногда въ видѣ эпилептического эквивалента являются: *rauc posturnus*, приступы спячки и сновидѣнія въ бодрственномъ состояніи. Кромѣ того у эпилептиковъ наблюдаютъ тяжелыя сновидѣнія, разговоры во время сна и смѣхъ, что иногда бываетъ и у другихъ членовъ семейства эпилептиковъ,—сомнамбулизмъ и проч. Hammond упоминаетъ о случаѣ, гдѣ сновидѣніе являлось въ формѣ *aiga epileptica*. Иногда бываетъ *enuresis posturna* какъ проявленіе *epilepsia posturna*. Принимая во вниманіе, что эпилепсія весьма часто предшествуетъ сифилису, туберкулезу, рахитизму и проч., авторъ говоритъ, что онъ очень часто наблюдалъ увеличеніе лимфатическихъ железъ и ихъ склерозъ.

Эпилепсія нерѣдко совпадаетъ съ пораженіемъ носа и уха, по крайней мѣрѣ у дѣтей, проявлявшихъ эпилепсію, нерѣдко приходилось наблюдать закупорку носового отверстія, хроническій катарръ, увеличеніе лимфатическихъ и миндалевидныхъ железъ и проч. Еще недавно Рое описалъ случай носовой эпилепсії. Точно также п пораженіе уха нерѣдко наблюдается при эпилепсії. Трудно сказать, чтобы страданія уха и носа служили причиною, производящею эпилепсію, хотя нельзя отрицать того, чтобы эти страданія не способствовали обнаруженію ея у лицъ, къ тому предрасположенныхъ. При этомъ часто наблюдается у эпилептиковъ шумъ и звонъ въ ушахъ, зудъ и проч. Эти явленія бываютъ у однихъ постоянно, у другихъ періодично и еще у иныхъ въ видѣ предвѣстниковъ приступовъ эпилепсії. Если эпилепсія односторонняя, то судорги обыкновенно на той сторонѣ, гдѣ и пораженіе уха; въ этихъ случаяхъ бромъ мало приноситъ пользы для эпилепсії.

Что касается области движеній у эпилептиковъ, то уже давно говорятъ о большой силѣ эпилептиковъ. Въ этомъ отношеніи можно сказать, что у эпилептиковъ иногда можно наблюдать временныя чрезмѣрныя разряженія мускульной силы,—но трудно сказать, чтобы необычайная сила была обычнымъ явленіемъ для эпилептиковъ. Въ противоположность этому у эпилептиковъ можно наблюдать утомляемость и вялость, длящаяся продолжительное время. Solomon указываетъ на случаи приступовъ эпилепсії послѣ переутомленія. Въ двигательныхъ разстройствахъ наблюдаютъ треморъ, спастическія подергива-

нія, хорею, непосидячість и параличи. Треморъ иногда бываетъ періодически, иногда болѣе продолжительное время. Иногда треморъ появляется въ формѣ интенціоннаго тремора. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ треморъ является въ формѣ ауры. Спазматическія сокращенія занимають средину между треморомъ и хореей и особенно часто проявляются по ночамъ въ видѣ вздрагиваній. Усиленіе вздрагиваній нерѣдко указываетъ на приближеніе приступа и потому можетъ служить показателемъ къ надлежащимъ мѣропріятіямъ. Хорея при эпилепсiи—явленіе довольно частое. Въ послѣднее время на это явленіе указываютъ Jolly, Bernhardt, Remak, Hoffmann, Goodal, Comby и друг. У нѣкоторыхъ лицъ происходитъ чередованіе приступовъ хорей съ приступами эпилепсiи (Trowbridge). Хорея эпилептическая походитъ на хорею гeredитарную. Лечение хорей эпилептической плохо поддается мышьяку и несравненно болѣе удачно при помощи брома. Кромѣ вышесказанныхъ явленій, у эпилептиковъ наблюдаютъ нерѣдко особенное безпокойство, непосидячість и неутомимость. Правда эти свойства для дѣтскаго возраста составляютъ обычное явленіе,—но у эпилептиковъ они заходятъ за извѣстный возрастъ. Наконецъ, у эпилептиковъ наблюдаютъ параличи, парезы, расстройства рѣчи и контрактуры. Паралитическія явленія бываютъ двухъ родовъ: какъ слѣдствіе послѣсудорожнаго истощенія и какъ слѣдствіе органическихъ пораженій центральной нервной системы. Въ чувствительной области наблюдаютъ головныя боли, боли въ различныхъ частяхъ тѣла, различныя парестезіи и проч. Крейзеръ нашолъ, что швы черепныхъ костей, при надавливаніи на нихъ, гораздо чаще болѣзненны у эпилептиковъ, чѣмъ у обычныхъ людей. Сухожильные рефлексы не представляютъ чего либо опредѣленнаго. Изъ душевныхъ разстройствъ самымъ частымъ будетъ слабоуміе. Въ этомъ случаѣ первымъ является тотъ вопросъ: зависить ли оно отъ судорогъ, или и то и другое явленіе обуславливаются общею коренною причиною? Вопросъ этотъ однако остается неразрѣшеннымъ. Тѣ случаи, въ которыхъ слабоуміе предшествуетъ судорогамъ, будутъ представляться очень тяжелыми. Часто у эпилептиковъ наблюдаютъ ипохондрію и истерію. Нерѣдко у дѣтей эпилептиковъ можно наблюдать: упрямство, угрюмость, дурное настроеніе духа, раздражительность, забывчивость, болтливость, которая иногда является въ формѣ ауры,—жестокость, лживость и нравственное извращеніе.

*К. Н. Ковалевская.*

**Dr Sterne**, *Atrophia tabidorum*, Med. Record, 1893.

*Atrophia tabidorum*, какъ и произвольная *fractura* костей, у табетиковъ является слѣдствіемъ трофическаго пораженія, которое основывается на разстройствѣ питанія всего ослабленнаго организма. Тотъ же самый патологическій процессъ стоитъ повидимому и въ основѣ *tabes*. Травматическія поврежденія при *tabes* служатъ только лишь предрасполагающимъ моментомъ для артропатіи. Ломкость костей происходитъ во всѣхъ періодахъ *tabes*, но чаще въ предшествующемъ атаксін. Патологоанатомическія измѣненія ничего не имѣютъ общаго съ *arthritis deformans*. Пораженія сочлененій по всему вѣроятію основываются на дегенеративныхъ измѣненіяхъ периферическихъ нервовъ. Атаксія, аналгезія и ломкость костей могутъ вліять на костныя заболѣванія, но не могутъ быть отвѣтственными за возникновеніе этого пораженія.

*Я. Я. Трутовскій*

**Dr Revington**, Ломкость длинныхъ костей при сухоткѣ, сифилисѣ и паралегіи (*Fracture of long bones in tabes dorsalis, syphilis and paraplegia*, Brit. medic. Journal, 1892).

Авторъ полагаетъ, что при *tabes* ломкость костей значительно чаще бываетъ, чѣмъ при другихъ паралитическихъ пораженіяхъ. Онъ сообщаетъ 5 случаевъ перелома костей при *tabes* и 1 разъ при паралегіи съ атрофіей нижнихъ конечностей. При *tabes* всѣ переломы происходятъ по сосѣдству съ большими сочлененіями: 1 разъ у хирургической шейки плечевой кости,—3 раза у шейки бедренной кости и 1 разъ *tibia* и *fibula* и колѣннаго сочлененія. Больные были въ возрастѣ 42, 46, 51, 55 и 57 лѣтъ. Переломы, какъ и артропатія, наступаютъ въ раннемъ періодѣ болѣзни, еще до наступленія атаксін. Пораженіе костей не сопровождается воспалительными явленіями. Причиною перелома авторъ считаетъ гумозное поврежденіе суставовъ.

*Михаилъ Поповъ.*

**Dr Kellog**, Видоизмѣненія дыханія при помѣшательствѣ (*Modification de la respiration dans la folie*, The Journal of nervous and mental disease, 1893).

Измѣненія въ дыханіи у душевно больныхъ представляютъ нарушеніе частоты, глубины, ритма и напряженности дыханія,—экспираціи, смѣха, крика, чиханія, кашля, хрюпанія, вдыханія, икоты и сжатія дыхательнаго горла,—и измѣненія диспноическія. Частота дыханія стоитъ въ связи съ формой ду-

шевного захворювання: болѣе рѣдка при депрессивнихъ состояніяхъ, напр. при меланхоліи, и болѣе ускорена въ состоянніи возбужденія, какъ при маніи; тоже можно сказать и о глубинѣ дыханія. Ритмъ рѣзко поражается при болѣзняхъ, сопровождающихся органическимъ разстройствомъ центральной нервной системы, какъ паралитическая деменція, старческое слабоуміе и проч.,—а также при истеріи и эпилепсіи. Напряженность вдыханія бываетъ поражена рѣдко,—гораздо чаще поражается выдыханіе. Иногда наблюдается ритмическій и спазмодическій кашель. Разстройства вдыханія въ видѣ икоты довольно часты, особенно въ связи съ пораженіемъ желудочнымъ, преимущественно при токсическомъ помѣшательствѣ. Spasmus glottidis часто наблюдается при истерическомъ помѣшательствѣ, tabes и прогрессивномъ параличѣ. Диспноическія явленія часто встрѣчаются при ипохондріи и алкоголизмѣ.

*Я. Я. Трутовскій.*

**D-r Major**, Общій параличъ у мальчика (General paralysis in a boy, Brit. med. Journ., 1892).

Авторъ описываетъ случай общаго паралича у мальчика. Отецъ его умеръ отъ общаго паралича. Мать больного тоже душевно-больная съ паралитическими разстройствами рѣчи и проч. Мальчикъ въ дѣтствѣ развивался очень хорошо, а за тѣмъ у него наступили хореообразныя явленія и мигрень. Мышьякъ оказалъ прекрасное воздѣйствіе; но за тѣмъ все таки у мальчика развилась дрожь конечностей и языка, разстроилась походка, появились ослабленіе памяти и сообразительности и остальные обычныя явленія паралича.

*Д. И. Поляковъ.*

**D-r Gilmore**, Пораженіе почекъ и душевное разстройство (Nephritis and insanity, The Journal of Nervous and mental disease, 1893).

На состояніе пораженія почекъ съ душевнымъ разстройствомъ въ послѣднее время обращено серьезное вниманіе и настоящая статья является откликомъ на потребность времени. Пораженіе почекъ и душевное разстройство нерѣдко могутъ являться одновременно и обуславливаться одною и тою же причиною. Воспаленіе почекъ само по себѣ можетъ служить достаточнымъ поводомъ къ появленію того или другого душевнаго разстройства,—изъ конихъ чаще другихъ при воспаленіи почекъ являются меланхолія и манія.

*Михаиль Поповъ.*

катамептоидными явлениями, 178.—*Dr Soupault*, Перемежающаяся желудочная гиперсекреция у атактика, 178.—*Dr Antonelli*, Транзиторная амблиопия, 179.—*Dr Raymond*, Психозы и пневмония, 179.—*Dr Hirschberg*, Механическое лечение моторной атаксии, 180.—*Dr Bourneville*, Лечение хирургическое и медико-педагогическое идиотов и тупоумных, 180.—*Dr Francotte*, Подкожные впрыскивания фосфорно-кислого натра при лечении нервных болезней, 181.—*Prof. Sommer*, Къ патологии чечеличного ядра и внутренней капсулы, 181.—*Prof. Obersteiner*, Галлюцинации при прогрессивномъ параличѣ, 183.—*Dr Kaes*, Этиология прогрессивнаго паралича, 184.—*Dr Krogus*, Табетическое поражение суставовъ, 185.—*Prof. Möbius*, О душевныхъ расстройствахъ при хорѣ, 183.—*Dr Merklin*, Защитительные аппараты параноиковъ, 186.—*Dr Friedmann*, О нервной слабости и психозахъ въ детскомъ возрастѣ, 186.—*Dr Lewin*, Никотинизмъ, 187.—*Dr Marcuse*, Случай хиннаго психоза, 188.—*Dr Wulff*, Туберкулезъ въ заведеніяхъ для идиотовъ, 188.—*Dr Bothe*, О домашнемъ уходѣ за умалишенными, по наблюдениямъ въ Дальдорфѣ, 189.—*Dr Klinke*, О примѣненіи покоя при лечении душевно-больныхъ, 190.—*Dr Tomesco*, Лечение нейрастеніи, меланхолии и эпилепсии впрыскиваніями здороваго нервнаго вещества, 190.—*Dr Müller*, Руководство по нейрастеніи, 190.—*Dr Crothers*, Законъ періодичности при пьянствѣ, 191.—*Crothers*, Пьянство, наступающее за психической травмой, 192.—*Dr Crothers*, Заведенія для лечения пьяницъ, 192.—*Prof. Berillon*, Психическое лечение морфинизма, 193.—*Dr Mosher*, Психическая эпилепсія, 194.—*Dr Krauss*, Рефлекторныя расстройства, какъ причина эпилепсии, 194.—*Dr Jacoby*, Приступы періодическаго сна эпилептической природы, 195.—*Dr Browning*, Эпилептический интервалъ, какъ показатель теченія и лечения эпилепсии, 195.—*Dr Sterne*, Atrophia tabidorum, 201.—*Dr Revington*, Ломкость костей при сухоткѣ, 201.—*Dr Kellog*, Видоизмѣненія дыханія при помѣшательствѣ, 201.—*Dr Major*, Общій параличъ у мальчика, 202.—*Dr Gilmore*, Пораженіе почекъ и душевное расстройство, 202.

Только что вышли и продаются новыя книги:

Проф. П. И. Ковалевскій.

## СИФИЛИСЪ МОЗГА И ЕГО ЛЕЧЕНІЕ.

Изданіе 2-е дополненное.

Цена 2 руб.

Д-ръ Михаилъ Поповъ,

приватъ-доцентъ нервныхъ и душевныхъ болѣзней.

## ПЯТИГОРСКЪ И ЕГО ЦѢЛЕВНЫЕ ИСТОЧНИКИ.

Въ изящномъ переплетѣ и съ 7 рисунками.

Цена 1 руб.

Въ редакціи „Архивъ психіатріи, неврологіи и судебной психопатологіи“,

Ново-Чернышевская, № 1-й.

**МОЖНО ИМѢТЬ СЛѢДУЮЩІЯ КНИГИ:**

**Проф. П. И. Ковалевскій, Психіатрическіе эскизы изъ исторіи.** 1892. Ц. 1 р.

**Іоаннъ Грозный и его душевное состояніе.** Изд. 2-е. 1893 г. Ц. 1 р.

**Сумашествіе (Amentia—Meynert'a)** Ц. 1 руб.

**Сифилисъ мозга и его леченіе.** 2-е изданіе, 1894 г. Ц. 2 р.

**Компендіумъ нервныхъ и душевныхъ болѣзней.** 1891 г. Ц. 1 р. 25 к.

**Леченіе душевныхъ и нервныхъ болѣзней.** Изд. 2-е. Ц. 2 р.

**Хорея и хореическое сумашествіе,** 1890. Ц. 50 к.

**Нильство, его причины и леченіе.** Изд. 2, 1889. Ц. 50 к.

**Основы механизма душевной дѣят.** Изд. 2-е исправл. и дополн. Ц. 1 р.

**Положеніе душевно-болѣзныхъ въ Россійской Имперіи** Ц. 50 к.

**Психіатрія, 2 т. I т.**—общая психопатологія, II-й т.—спеціальная психіатрія. Изд. 4-е. Ц. 4 р. 1891.

**Судебно-психіатрическіе анализы (для медиковъ и юристовъ)** 2-й т., изд. 2-е. Ц. 4 р. 50 к.

**Первичное помраченіе (для медиковъ и юристовъ).** Ц. 1 р. 50 к.

**Михаилъ Поповъ, Пятигорскъ и его цѣлебныя источники.** Въ изящномъ переплетѣ. Ц. 1 р.

**Prof. Meynert, Клиническія лекціи по психіатріи,** пер. К. Н. Ковалевской, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1890. Ц. 1 р. 50 к.

**Prof. Binswanger, Сумашествіе и преступленіе.** Перев. А. Н. Герстфельдъ и О. П. Герстфельдъ, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго, 1889. Ц. 30 к.

**Kerr, Нильство, его причины, леченіе и судебно-медицинское значеніе.** Пер. К. Н. Ковалевской и М. Е. Ліона, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1889. Ц. 2 р.

**Dr Löwenfeld, Современные способы леченія истеріи и неврастеніи.** Пе-

реводъ Н. И. Мухина, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. 1889. Ц. 1 р.

**Richet, Истерио-эпилепсія.** Перев. подъ редакціей проф. Ковалевскаго, съ 180 рис. Ц. 5 р.

**Dr Cullere, Границы сумашествія (Les frontières de la folie).** Перев. К. Н. Ковалевской и Е. Н. Герстфельдъ, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1889. Ц. 1 р. 50 к.

**Dr Cullere, Гигіена нервныхъ людей и неврастовъ.** Перев. К. Н. Ковалевской, подъ ред. проф. Ковалевскаго. 1888. Ц. 1 р. 50 к.

**Remak, Электродіагностика и электротерапія.** Перев. К. Н. Ковалевской, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. 1888. Ц. 1 р.

**Scholz, Діететика духа.** Перев. К. Н. Ковалевской и Е. Н. Герстфельдъ, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. 1888. Ц. 1 р. 50 к.

**Byrom Bramwell, Болѣзнь спинного мозга.** Пер. М. А. Шульгина, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 5 р.

**Meynert, Психіатрія.** Перев. М. Е. Ліона, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 3 р.

**Prof. Gowers, Болѣзнь головного мозга.** Перев. А. А. Говсѣева, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 1 р. 50 к.

**Prof. Charcot, Лекціи по нервнымъ болѣзнямъ.** Переводъ подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 1 р.

**Thudichum, Физиологическая химія головного мозга.** Перев. М. Е. Ліона. Ц. 2 р.

**Robert von Pfungen, О разстройствѣ ассоціацій.** Переводъ М. Е. Ліона. Ц. 1 р.

**Dr Pierson, Компендіумъ нервныхъ болѣзней.** Переводъ Н. И. Мухина, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. Въ изящномъ переплетѣ. 1886. Ц. 1 р. 50 к.

Выписывающіе всѣ эти книги изъ редакціи „Архива психіатріи“ за пересылку ничего не платятъ.

Студенты кромѣ того пользуются уступкою отъ 20 до 50%.



NOV 29 1893

WORCESTER, MASS.

годъ одиннадцатый.

1893.

ТОМЪ XXII—№ 3.

АРХИВЪ

# ПСИХИЯТРИИ, НЕЙРОЛОГИИ

И

СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ,

издаваемый подъ редакціей П. И. Ковалевскаго,

проф. психіатріи и нервныхъ болѣзней при Харьк. университетѣ.

Въ журналѣ принимаютъ участіе:

П. М. Автократовъ, Э. И. Андрузскій, М. А. Аристовъ, Н. Н. Баженовъ, проф. В. М. Бехтеревъ, В. А. Брянцевъ, С. А. Вѣляковъ, Я. А. Воткинъ, Н. М. Васильевъ, В. Н. Васяткинъ, Я. В. Гиршонъ, З. В. Гутниковъ, А. А. Говсѣевъ, В. Ө. Галенко, А. М. Головина, А. Р. Грунау, В. К. Дидрихсонъ, Н. Добротворскій, А. П. Драгомановъ, И. Д. Ждановъ, В. И. Ергольскій, Е. Н. Ковалевская, проф. С. С. Корсаковъ, Н. П. Каменевъ, П. Н. Лашенко, И. П. Лебедевъ, Мальшинъ, проф. Н. А. Миславскій, Н. И. Мухинъ, Д. І. Орбели, И. Я. Платоновъ, П. П. Платовъ, проф. Н. М. Поповъ, М. Н. Поповъ, А. О. Поповъ, Д. И. Поляковъ, Г. И. Россолимо, А. И. Роте, В. Сербскій, М. В. Слуцкій, С. Н. Совѣтовъ, Е. П. Сулима, А. В. Тимоеевъ, В. А. Тихомировъ, А. А. Токарскій, П. А. Троицкій, Я. Я. Трутовскій, В. Н. Тусновъ, проф. В. Ф. Чижъ, С. И. Штейнбергъ, А. А. Яковлевъ и друг.

Подписная цѣна 8 р., экземпляры 1886, 87, 88, 89, 90, 91 и 92 гг. по 4 руб.,—1885—10 руб.; подписка принимается въ Харьковѣ, Ново-Чернышевская ул., № 1.

Харьковъ, Типографія Зильберберга. Рыбная ул., № 25.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1894 ГОДЪ

НА  
ЮЖНЫЙ КРАЙ

ГАЗЕТА ОБЩЕСТВЕННАЯ, ПОЛИТИЧЕСКАЯ И ЛИТЕРАТУРНАЯ,  
ВЫХОДИТЪ ЕЖЕДНЕВНО.

Подписная цѣна: безъ доставки на годъ 10 р. 50 к.; съ доставкой 12 р., съ пересылкою 12 р. 50 к.

Подписка и объявленія принимаются въ Харьковѣ—въ главной конторѣ газеты „Южный Край“, на Николаевской площ., въ д. Питры.

Редакторъ-издатель А. А. *Иозефовичъ*.

ПРИНИМАЕТСЯ ПОДПИСКА НА ГАЗЕТУ

„МЕДИЦИНА“

на 1894 годъ.

Подъ редакціей профессора С. М. *Васильева*.

выходитъ два раза въ недѣлю

(въ Іюнѣ, Іюлѣ и Августѣ одинъ разъ).

Цѣна за годовое изданіе съ доставкой въ С.-Петербургъ и пересылкой въ другіе города **шесть** рублей.

Студентамъ Военно-медицинской Академіи и Медицинскихъ факультетовъ **3 р.**, безъ доставки и пересылки, и **4 р.** съ пересылкою.

Редакторъ-профессоръ С. М. *Васильевъ*.

„РУССКАЯ МЕДИЦИНА“

въ 1891 году.

Журналъ, посвящ. всемъ отраслямъ врачебной науки и вопросамъ быта врач.

Выходитъ **ЧЕТЫРЕ** раза въ мѣсяцъ, по Воскресеньямъ,

подъ редакціей: проф. Н. П. *Ивановскаго*, прив.-доц. *Криворотова* и д-ра *Томина*, при участіи многихъ профессоровъ и врачей.

Отдѣлы журнала: 1) Самостоятельныя сообщенія и лекціи. 2) Казуистика. 3) Успѣхи медицины. 4) Библиографія и критика. 5) Отъ редакціи. 6) Больничные отчеты. 7) Хроника, 8) Корреспонденціи. 9) Официальныя извѣстія. 10) Извѣщеніе о вакансіяхъ и пр.

Подписная цѣна за годовое изданіе съ пересылкою **8 р.**, за полгода **5 р.** Подписка принимается въ конторѣ редакціи „**Русская Медицина**“, Петербургъ, Фурштатская, 10.



## Редакціей получены слѣдующія книги.

Prof. *A. Grimaldi*, Ipercinesia e psicosi.—Dr *Grimaldi*, Follia paralitiforme alcolica.—Dr *Grimaldi*, Di un'affezione angio-paralitica delle estremita in alienata (eritromelalgia, 1892.—Dr *Kurella*, Naturgeschichte des Verbrechers, 1893.—Проф. *В. М. Бехтеевъ*, Le laboratoire psychophysique de l'universite imperiale de Kazan.—Dr *Worotynski*, Ueber Einfluss der Suspension auf die Sebstörung bei Affectionen des Rückenmarks.—Проф. *В. С. Боюсло-вскій*, Эссенциумъ въ лечебный сезонъ 1892 г.—Дневникъ Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ университетѣ, 1893, 1.—*Pauly*, Климаты и эндеміи, переводъ съ дополненіями И. Ф. Лебедева.—Врачебно-воспитательное заведеніе, основанное врачомъ П. В. Малиревскимъ.—Prof. *Zuccarelli*, Degeneratione, pazzia e delitto, 1893.—Prof. *Zuccarelli*, Divorzio e scienza antropologica, 1893.—Dr *Crothers*, Some new studies of the opium disease, 1892.—Dr *Crothers*, The sanitary side of the Drink problem, 1892.—Prof. *van Deventer*, Verslag betreffende het gesticht Meerenberg over het jaar, 1892.—Dr *Moll*, Verslag omtrent het geneeskundig gesticht voor krankzinniger te Utrecht over het jaar, 1892.—Dr *Roubinovitch*, Sur les hallucinations verbales psychomotrices dans un cas de delire de persecution systematise a evolution progressive chez une dégénérée, 1893.—Dr *Roubinovitch*, A propos d'un cas de maladie des tics convulsives avec mouvements par obsession, 1893.—Д-ръ *Дятловскій*, Описаніе больницы для душевно-больныхъ Рязанскаго губернскаго земства, 1893.—Д-ръ *Ипатьевъ*, Отчетъ о призрѣніи и пользованіи душевно-больныхъ въ Россіи за 1890 г.—Отчетъ о дѣятельности совѣта Одесскаго Общества для борьбы съ пьянствомъ за 1892 г.—Проф. *А. Я. Щербаковъ*, Источники водоснабженія г. Казани, 1893. Dr *Luys*, Traitement de la folie, 1893.—Prof. *Gowers*, Syphilis and the Nervous system, 1893.—Dr *Fish*, The indusium of the callosum, 1893.—Д-ръ *В. А. Тихомировъ*, Прогрессивный параличъ у женщинъ, 1893.—Д-ръ *Давидъ*, О вліяніи фосфорно-кислаго желѣза на количество желѣза въ молокѣ коровы.—Проф. *Россолимо*, Къ фізіологіи музыкальнаго таланта, 1893.—Проф. *К. Н. Ярошъ*, Параллели, 1892.—Д-ръ *Э. Ф. Беллинь*, Дѣло о насильственной смерти дворянина Александры Адиссонъ въ Харьковской губернской земской больницѣ.—Д-ръ *Э. Ф. Беллинь*, Внушеніе и значеніе его въ уголовно-слѣдственной практикѣ, 1893.—Д-ръ *Э. Ф. Беллинь*, Къ статистикѣ причинъ скоропостижной смерти, 1893.—Д-ръ *Ф. А. Германъ*, Теофрастъ Ренодо, 1893.—Dr *Albrecht Erlentmeyr*, Ueber die Anwendung der chirurgischen Revulsivmittel bei Gehirn und Nervenkrankheiten, 1893.—Протоколы Общества врачей восточной Сибири за 1892 г.—Prof. *Duncan Bulkley*, Clinical notes of chancre of the tonsil with analysis of fifteen cases, 1893.—Медицинскій сборникъ Варшавскаго Уjazdовскаго военнаго госпиталя, в. II, 1893.—Prof. *D'Abundo*, Contributo allo studio delle amnesie post-convulsive et post-traumatiche, 1893.—Prof. *D'Abundo*, Contributo chimico alla fisiologia dei

lobi prefrontali, 1893.—Prof. *D'Abundo* и *Vesta*, Contributo alla studio delle vie di connessione del sistema nervoso merce la rabbia sperimentale, 1893.—Prof. *D'Abundo*, Su d'un caso di porencephalia sperimentale, 1893.—Prof. *Morselli*, Sul cloralosio nell' insonnio dei neuropatici e degli alienati, 1893.—Prof. *Jacobson*, Einige sonderbare Fälle von Hemiplegie ohne entsprechendes Herdleiden un Gehirn, 1893.—General index from the twentieth fifth to the thirty-eighth volumes of the Journal of mental insanity, 1893. Проф. *М. Остроумовъ*, Введение въ православное церковное право, 1893.—Д-ръ *М. М. Кузнецовъ*, Къ вопросу о способахъ леченія ani prae-ternaturalis, 1893.—Dr *Gurrieri*, Degeneratione dell midollo spinale nell' avvelenamento sperimentale per fosforo, 1893. Dr *Gurrieri*, Sopra il reattivo spiegler per l'albumina nelle urine, 1893.—Д-ръ *А. А. Панормовъ*, Находится ли у диабетиковъ сахаръ въ слюнѣ, желудочномъ сокѣ и потѣ? — *Ею-же*, Къ ученію о локализацихъ въ головномъ мозгу. — *Ею-же*, О видѣ сахара, образующагося въ желудкѣ изъ крахмала. — *Ею-же*, Доказано ли, что виноградный сахаръ—постоянная составная часть нормальной мочи? — *Ею-же*, Къ физиологій мышечнаго гликогена. — *Ею-же*, Объ опредѣленіи гликогена по способу К. Бернара и Брюкке. — *Ею-же*, О количественномъ опредѣленіи гликогена и посмертномъ образованіи сахара въ печени.—Prof. *Bechterew*, Ueber neuro-psychische Störungen bei chronischen Erhotismus.—Проф. *В. М. Бехтеревъ*, Проведшіе пути мозга, 1893. — *Ею-же*, Къ вопросу о врачебномъ значеніи спинноза, 1893. — *Ею-же*, О современномъ развитіи неврологическихъ знаній, 1893.—Prof. *Kirn*, Ueber Diagnose und Therapie der Neurasthenia.—*Ею-же*, Geistesstörung und Verbrechen, 1892.—Prof. *Allen Starr and McBurney*, A contribution to cerebral Surgery, 1893.—Dr *А. Черевковъ*, Жизнеспособность бактерій брюшного тифа въ стерилизованной и сырой водѣ.—*Ею-же*, Гомеопатія г. Бразоль.—Проф. *Д. И. Багалъ*, Къ исторіи ученій и бытѣ древнихъ славянъ, 1892.—*Ею-же*, Назарій Александровичъ Каразинъ и его колоколь, 1892.—*Ею-же*, Св. Сергій Радонежскій и его значеніе въ русской исторіи, 1892.—*Ею-же*, Очеркъ изъ исторіи колонизаціи и быта степной окраины Московскаго государства, 1887. *Улицманъ*, Лекціи по болѣзнямъ мочевыхъ органовъ, 1892.—Dr *Wiliam Howard*, Hypnotism as a Therapeutic Agent., 1893.—Dr *С. А. Бляковъ*, Самоубійства и несчастные случаи въ домахъ умалишенныхъ, 1893.—Dr *А. А. Токарскій*, Меряченіе и болѣзни судорожныхъ подергиваній, 1893.—Dr *И. И. Кіянницъ*, Къ вопросу о причинѣ смерти при обширныхъ ожогахъ кожи, 1893.—Проф. *И. А. Сихорскій*, Психологическая эпидемія 1892 г. въ Кіевской губерніи, 1893.—Dr *Janet*, Etat mental des hysteriques, les stigmates mentaux, 1893.—*В. В. Случескій*, Гипнотизмъ на уголовномъ судѣ, 1892.—Dr *М. А. Трахтенбергъ*, О нѣкоторыхъ общихъ вопросахъ строенія центральной нервной системы, 1893.—Сборникъ статей, посвященный профессору *И. Н. Оболенскому* по поводу исполнившагося 25-ти лѣтія его ученой и педагогической дѣятельности.

**Въ теченіе 1893 г. редакція Архива психіатріи обмѣнивалась изданіями съ слѣдующими редакціями журналовъ и газетъ.**

Журналъ охраненія общественнаго здравія.—Вѣстникъ судебной медицины и гигиены.—Военно-медицинскій журналъ.—Медицинское обозрѣніе.—Вѣстникъ офтальмологіи.—Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней.—Южно-русская медицинская газета.—Протоколы физико-медицинскаго общества въ Москвѣ.—Протоколы гинекологическаго общества въ Москвѣ.—Медицина.—Русская медицина.—Больничная газета Боткина.—Современная клиника.—Журналъ гражданскаго и уголовнаго права.—Petersburger medicinische Wochenschrift.—Новости терапіи.—Журналъ фармаціи.—Протоколы кавказскаго медицинскаго общества.—Электричество.—Протоколы военныхъ врачей въ Москвѣ.—Медицинскія прибавленія къ морскому сборнику.—Протоколы общества естествоиспытателей въ Кіевѣ.—Протоколы медицинскаго общества въ Кіевѣ.—Протоколы Архангельскаго медицинскаго общества.—Протоколы Иркутскаго медицинскаго общества.—Протоколы общества Темниковскихъ врачей.—Вѣстникъ Европы.—Сѣверный Вѣстникъ.—Русское Богатство.—Недѣля.—Сѣверъ.—Правительственный вѣстникъ.—Свѣтъ.—Лучъ.—Звѣзда.—Игрушечка.—Южный Край.—Ребусъ.—Міръ Божій.

American Journal of Insanity.—The Alienist and Neurologist.—The Journal of Nervous and mental Disease.—The Quarterly Journal of Inebriety.—American Journal of Psychology.—The Journal medico-legal.—The Journal of mental Science.—The Brain.—The Monist.—Pacific medical Journal.—Archive de Neurologie.—Bulletin de la Societe psychologique de Belgique.—Revue de Neurologie.—Annales medico-psychologiques.—Le progres medical.—Journal des connaissances medicales.—Gazette hebdomadaire.—Le mercredi medical.—Journal de medicine de Paris.—Psychiatrische Bladen.—Rivista sperimentale di freniatria.—Annali di neurologia.—Il manicomio moderno.—Nuova rivista di psichiatria.—Annali di freniatria e scienze affini.—L'Anomalo.—Bulletin del manicomio Fleurentine rivista di psichiatria.—Archiv für Psychiatrie.—Allgemeine Zeitschrift für psychiatrie.—Jahrbücher für psychiatrie.—Internationales Centralblatt für Nervenheilkunde.—Neurologisches Centralblatt.—Revue philosophique de Ribot.

---

Принимается подписка на 1894 г. на слѣдующія изданія:

**СОВРЕМЕННАЯ КЛИНИКА.  
ЕЖЕМѢСЯЧНЫЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ  
ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПІИ.**

Издаваемый подъ редакціей профессора *Т. И. Богомолова*.

*Цѣна 4 руб.*

Подписка принимается въ конторѣ редакціи при Медико-хирургическомъ книжномъ магазинѣ, Петербургъ, Выборгская сторона, Нижегородская ул., № 15.

---

**„НЕЙРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“**

подъ редакціей проф. **В. М. БЕХТЕРЕВА**.

Журналъ будетъ выходить періодически тремя книжками, въ общемъ объемѣ около 30 печатныхъ листовъ за годъ съ рисунками въ таблицахъ и въ текстѣ.

Подписная цѣна на годъ 4 рубля.

---

Только что вышло и продается сочиненіе:

**Prof. Ribot.**

**РАЗЛИЧНЫЯ ФОРМЫ ХАРАКТЕРА**

Переводъ **Д. Н. Стефановскаго**.

*Цѣна 35 коп.*

Выписывающіе изъ редакціи „Архивъ психіатріи (Харьковъ. Новочернышевская, № 1) за пересылку не платятъ.

# Хирурго-токсическій методъ изслѣдованія мозговыхъ функцій.

Г. И. Россолимо,

приватъ-доцентъ Московскаго университета.

Одною изъ главныхъ причинъ недостаточно быстрого прогресса физиологій головного мозга служитъ, безъ сомнѣнія, несовершенство методики экспериментальныхъ изслѣдованій. Какъ ни блестяща теорія локализациі по своей основной идѣ и по украшающимъ ее фактическимъ даннымъ, тѣмъ не менѣе благодаря только недостаточности имѣвшихся къ ея услугамъ методовъ и могутъ возникать тѣ противорѣчія и опроверженія, хотя и временныя, которыя, со времени ея появленія на свѣтъ, все еще не позволяютъ ей установиться съ достаточною прочностью.

Съ одной стороны, благодаря присущей мозгу большинства животныхъ способности возмѣщенія, болѣе или менѣе скоро сглаживаются частичныя явленія выпаденія мозговыхъ функцій и дѣятельность мозга, при обыкновенныхъ способахъ наблюденія, по истеченіи нѣкотораго времени, кажется возстановившеюся вполнѣ. Съ другой стороны, мѣстное электрическое раздраженіе мозговой коры, дающее въ результатъ мышечное сокращеніе, какъ выраженія возбужденія особаго центра со спеціальнаго функціею, по своей непродолжительности можетъ дать результаты лишь кратковременныя и то въ сферѣ однихъ движеній. Наконецъ, методъ фармакологическій самъ по себѣ даетъ слишкомъ сложную картину разстройствъ, на основаніи которой невозможно рѣшить, дѣйствуетъ ли ядъ на весь мозгъ, или на отдѣльныя его части.

Вотъ почему мы и рѣшаемся предложить испытанный нами комбинированный методъ, въ составъ котораго входитъ съ одной стороны способъ удаленія однѣхъ частей мозга съ сохраненіемъ другихъ, съ другой стороны—способъ введенія въ кровь мозговыхъ ядовъ, могущихъ возбуждать оставшіеся послѣ операціи отдѣлы центральнаго органа. Путемъ такого

хирурго-токсического метода дана возможность (что и видно из ниже-приведенных протоколов наших экспериментов) наблюдать: во-первых, явления возбуждения оставшихся в целости парных частей мозга, во-вторых—результаты усиленного функционирования одного полушария или его частей по удалении другого или отдельных его центров, и наконец, расстройства функций возбужденного ядра мозга в зависимости от предварительного повреждения ассоциационных путей <sup>1)</sup>. Для начала мы решили воспользоваться пока двумя ядами—кокаином и атропином, влияние которых на головной мозг достаточно уже доказано большим числом исследований. Об опытах же, произведенных с другими ядами, мы пока умолчим.

Для своих опытов мы пользовались взрослыми собаками, у которых, по самому строгому асептическому методу, то удалялась часть мозга посредством ножа или острой ложки, или выжигалась термокаутером, то делался посредством скальпеля разрез в том или другом месте мозгового вещества; рана закрывалась при соблюдении тех же условий асептики и животное помещалось в отдельную клетку, в которой ему приносилась пища и где оно наблюдалось в первые дни после операции.

Наблюдения же над действием названных двух ядов у таких собак производились тогда, когда отмечалось уже более или менее стойкое состояние мозговых функций, начинавшаяся приблизительно с 10-го дня.

Впрыскивались обыкновенно под кожу спины собаки средней дозы яда в водном растворе: кокаин—в количествах от 0,04 до 0,2, атропин—от 0,012 до 0,024. Наблюдения над картиною отравления продолжались различное время—от 1 до 3 часов и кончались тогда, когда явления начинали уже стихать, или совсем прекращались. На некоторых собаках опыты, для уяснения некоторых вопросов, производились по два и по три раза через известные промежутки времени.

По окончании наблюдений собака убивалась, для точного определения места повреждения, так что указанные в ниже-приведенных отдельных экспериментах локализации операций точно соответствуют тому, что найдено при вскрытии.

<sup>1)</sup> Считаю своею приятною обязанностью принести здесь искреннюю благодарность уважаемому проф. Московского университета А. Б. Фохту за любезное разрешение широко пользоваться при нашей работе богатыми средствами его прекрасной лаборатории. Г. Р.

Прежде, чѣмъ перейти къ описанію отдѣльныхъ опытовъ считаемъ необходимымъ напомнить въ краткихъ чертахъ картину отравленія кокаиномъ и атропиномъ въ среднихъ дозахъ у нормальной собаки. *Первыя явленія отравленія кокаиномъ* у взрослой собаки выражаются психическимъ возбужденіемъ. Собака возбуждена, непрерывно двигаетъ головою, большею частью въ горизонтальномъ направленіи. Безцѣльное бѣганіе и обнюхиваніе, точно въ поискахъ за чѣмъ-то. Животное идетъ на зовъ, хотя тотчасъ же снова убѣгаетъ для продолженія своихъ насильственныхъ движеній; оно продолжаетъ свои движенія иной разъ маленькими кругами, съ блестящими глазами, наостренными ушами и расширенными ноздрями. Кажется, что у него разнообразныя галлюцинаціи. Вскорѣ наступаетъ угнетеніе, животное останавливается безъ движенія на одномъ мѣстѣ. Зрачки расширены, глаза блестятъ, вѣки раскрыты, конечности и туловище анестетичны. Собака инертна. Стукъ, шумъ заставляютъ насторожить уши; угрозы кнутомъ не приводятъ ни къ чему. Если съ большимъ усиліемъ согнать ее съ мѣста, то она отскакиваетъ, дѣлаетъ неловкія движенія, скользитъ на переднихъ лапахъ,—при этомъ обходитъ по пути всѣ препятствія и бѣгаетъ долго, покуда не упрется въ какую нибудь стѣнку; тутъ она снова успокаивается, на зовъ больше не идетъ, людей не узнаетъ. Если приблизить огонь къ самымъ глазамъ, то она вѣкъ не раскрываетъ, не бонится обжечься, и если даже рѣсницы и шерсть загораются, то она не убѣгаетъ; при этомъ животное не имѣетъ понятія о положеніи своихъ конечностей.

Послѣ впрыскиванія *атропина*, собака въ первую минуту нѣсколько возбуждена; ротъ и языкъ сухи, зрачки расширены, дыханіе учащено, черезъ минутъ 15 появляется неуверенная шаткая походка, слабость конечностей, дрожаніе въ нихъ, спотыканіе; еще минутъ черезъ 15 собака, медленно обходя конюшину и испуганно озираясь по сторонамъ, то прислушиваясь, издаетъ короткій сердитый лай, часто натывается то на стѣну, то на другой предметъ, особенно охотно забирается въ разные углы, щели, подъ перекладины и, лишенная способности выходить изъ неудобнаго положенія, а, особенно, выходитъ задомъ изъ узкаго прохода, громко и жалобно визжитъ или непрерывно сердито и громко лаетъ. Все это время слабость конечностей растетъ и болѣе или менѣе скоро наступаетъ все возрастающая сонливость на смѣну прежнему возбужденію.

\*

## О П Ы Т Ъ № I.

## Удаленіе лобныхъ долей обоихъ полушарій.

28-го августа 1889 г. Собака средняго роста. Подъ морфіемъ и хлороформомъ на обѣихъ сторонахъ трепанирована черепная крышка въ переднемъ отдѣлѣ темени; трепанационныя отверстія расширены долотомъ. Небольшое костное кровотеченіе. Асептика соблюдалась во всѣхъ моментахъ операціи.

Острымъ скальпелемъ извлечено изъ обоихъ полушарій возможно большее количество субстанцій лобныхъ долей мозга при самомъ незначительномъ кровотеченіи. Въ рану насыпанъ іодоформъ, края ея сшиты и шовъ покрытъ слоемъ коллодіа съ іодоформомъ (См. табл. I, рис. I).

*Тотчасъ послѣ операціи* собака находится въ сопорозномъ состояніи.

29-го августа 1889 г. Собака производитъ впечатлѣніе тупоумной. Ее можно поставить на ноги, — съ нѣкоторымъ трудомъ она и сама можетъ встать. Голова низко опущена къ землѣ; при ходьбѣ пошатывается; обнаруживаетъ упорное стремленіе идти впередъ, причемъ постоянно натывается на предметы и отскакиваетъ послѣ того какъ ударится носомъ о препятствіе. Актъ ходьбы происходитъ, повидимому, совершенно правильно; замѣчается лишь нѣкоторая слабость во всѣхъ 4-хъ конечностяхъ. Хвостъ опущенъ. На подносимый къ носу и къ глазамъ хлѣбъ собака не обращаетъ никакого вниманія. На усиленный зовъ обращаетъ вниманіе: водить ушами, поворачиваетъ голову и идетъ вслѣдъ за зовущими, не слѣдя за ними глазами. Случайно наткнулась на другую, лежавшую, собаку и долго обнюхивала ее.

Рана въ удовлетворительномъ состояніи.

31-го августа 1889 г. Раны текутъ хорошо. Собака стоитъ на ногахъ хорошо, хотя и валится довольно легко при всякомъ толчкѣ. Все время ходитъ по комнатамъ, опустивши голову, точно нюхаетъ полъ. Парзозовъ нельзя отмѣтить. Дойдя до препятствія, останавливается, уткнувшись носомъ или лбомъ; старается пролезать въ щели, отверстія, промежутки между мебелью, причемъ головы не поднимаетъ, не лаеетъ, не визжитъ, не пугается, не радуется и вообще не интересуется ничѣмъ, кромѣ своего странствованія. Видя кого нибудь впереди себя, машинально слѣдуетъ за нимъ. Также точно идетъ по направленію къ рѣзкому звуку. Если дать ей кусокъ хлѣба, и даже если положить его въ ротъ, то она не ѣстъ. За то разъ морда ея будетъ нѣсколько разъ погружена въ молоко, то она съ остервененіемъ начинаетъ его глотать, слишкомъ глубоко опуская морду въ миску, фыркаетъ и кашляетъ; съ яростью бросается на миску, опрокидывая ее и забираясь въ нее лапами; даже набросилась на другую собаку, которая невдалекѣ пила изъ другой миски свое молоко. Если накрошить въ молоко хлѣба, то она не знаетъ, что съ нимъ дѣлать: долго держитъ морду надъ пищею и



ничего не ѣсть. Ко всему окружающему относится съ какимъ то тупымъ недоумѣніемъ. Съ завязанными глазами не двигается съ мѣста и стоитъ въ нерѣшимости.

1-го сентября 1889 г. Изъ правой раны сочится немного крови. Все ходитъ впередъ, иногда бѣгаетъ плавною рысью; голова опущена. Реагируетъ на зовъ и на зрительныя впечатлѣнія; иногда въ отвѣтъ на зовъ виляетъ хвостомъ. Ничего не пьетъ, не ѣсть, даже когда морда погружена въ молоко. Замѣтно безпокойство.

2-го сентября 1889 г. Гораздо бодрѣе; бѣгаетъ прекрасно; лѣзетъ подъ перекладины, въ отверстія, въ печку, въ шкапы. Ёсть хорошо, сама приближается къ мискѣ съ молокомъ. Реагируетъ на зовъ.

4-го сентября 1889 г. Бѣгаетъ безпокойно, хотя и совсѣмъ свободно, лѣзетъ подъ стулья, межъ ноги, весело и энергично махал хвостомъ. Особенно гонится за ходящими ногами людей. Все время какъ бы обнюхиваетъ полъ и съ остервененіемъ набрасывается на замѣченныя на полу предметы, которые весьма неловко старается взять въ ротъ: такъ она взяла и долго продержала во рту кусокъ скомканной бумаги, совсѣмъ забывши о немъ. Точно также относится и къ валяющимся на полу кускамъ твердой пищи, причемъ вниманіе ея, повидимому, привлекается этими предметами чрезъ посредство зрѣнія; отойдя,—она тотчасъ же забываетъ о видѣнномъ, такъ какъ, возвращаясь къ предмету въ сотый разъ, психически реагируетъ на него всегда однимъ и тѣмъ же образомъ. Не понимаетъ, что дѣлать съ пищею и питьемъ: можетъ долго продержать морду надъ пищею, а ѣсть не принимается. Глотаетъ молоко лишь по рефлексу, если влить его въ ротъ поглубже. Начали вливать молоко черезъ зондъ.

Звуковъ не издаетъ. Кажется добродушною, глупою, безтолковою.

6-го сентября 1889 г. Собака бодрѣе и бѣгаетъ скорѣе, причемъ замѣтно какое то разбрасываніе всѣми четырьмя конечностями; бѣгаетъ по комнатамъ весело и, какъ прежде, безцѣльно. Кормить черезъ зондъ. Когда на нѣсколько раскрывшуюся рану была положена повязка, собака обнаружила испугъ, голову опустила низко, изогнулась въ правую сторону и простояла въ такомъ положеніи долго, пока не свыклась съ новымъ положеніемъ. При закрытыхъ глазахъ не дѣлаетъ ни одного шага, и повидимому однимъ слухомъ слѣдитъ за тѣмъ, что происходитъ; по долгу стоитъ съ опущенною головою. Когда на нее бросилась другая собака, она взвизгнула. Однажды я погналъ ее, ударивши по сину и подтолкнувши ее: она побѣжала равномерною круною рысью и долго бѣгала такимъ образомъ по комнатамъ лабораторіи. Кожная чувствительность, повидимому, нормальна. Мышечное чувство ослаблено.

7-го сентября 1889 г. При закрытыхъ глазахъ изслѣдовано обоняніе; если оно и сохранено, то въ весьма слабой степени. Когда ей бросили свѣжую собачью грудину и она ее увидѣла, то съ жадностью набросилась на нее и начала часто и усиленно кусать ее (но не грызть); долго кусала, но не откусила ни одного куска. (Жевательныя мышцы работаютъ, повидимому, удовлетворительно). Молоко сама не въ состояніи пить. Накормлена черезъ зондъ. Очень бодръ, оживленъ и безпокойна.

8-го сентября 1889 г. До 10 разъ подрядъ схватывала горящую лучину, каждый разъ обжигалась и снова возобновляла попытку.

9-го сентября 1889 г. Все болѣе оживлена, безостановочно бѣгаетъ по комнатамъ. Залѣзаетъ подъ стулья, столы, между ногъ. Ъсть не умѣетъ. Съ одинаковою жадностью схватываетъ въ ротъ горящую бумагу, пробку, кусокъ хлѣба; взявши подобные предметы въ ротъ, тотчасъ роняетъ. Получивъ сильный ударъ каучуковою трубкою, взвизгнула и весело побѣжала далѣе; потомъ не боялась бича.

11-го сентября 1889 г. Иногда отличаетъ кусокъ чернаго хлѣба отъ пробки и т. п., хотя нѣсколько разъ случалось, что она брала въ ротъ пробку и долго не бросала. Сама не ѣстъ. Подошла къ другой оперированной собакѣ и начала дергать за шовъ на головѣ, покрытый слоемъ коллодія съ іодоформомъ. Съѣла, хотя крайне неумѣло, нѣсколько небольшихъ кусковъ хлѣба.

12 и 13 сентября 1889 г. Ъла сама.

14-го сентября 1889 г. Жидкую пищу ѣстъ сама. Значительно лучше отличаетъ хлѣбъ отъ другихъ предметовъ; схватываетъ хлѣбъ недовко, жуетъ долго.

14-го октября 1889 г. До сихъ поръ все было по прежнему. Только въ этотъ день, послѣ демонстраціи на лекціи (причемъ служитель утверждалъ, что ушиба головы не было), стала слаба на заднія ноги, особенно на *правую*, которая въ верхнихъ суставахъ согнута, стопа же вытянута. Съ трудомъ можетъ устоять на ногахъ; при этомъ заднія конечности сплетаются. Ъстъ съ большимъ трудомъ, вяла, апатична, хотя, реагируя на зовъ, обнаруживаетъ прежнюю добродушную веселость.

25-го октября 1889 г. Съ 20 октября собака оправилась и къ прежнимъ явленіямъ (до 14-го октября) присоединилась лишь небольшая контрактура въ правой задней конечности.

10-го ноября 1889 г. Замѣтна лишь незначительная слабость въ правой задней ногѣ. Въ остальномъ, въ томъ числѣ и психика, — по прежнему. Ъстъ очень хорошо; пополнила.

16-го ноября 1889 г. Суетлива. Зрѣніемъ и обоняніемъ отыскиваетъ поставленную миску съ пищею или кусокъ хлѣба. Ищетъ пищу всегда на полу, выше же уровня головы не умѣетъ ее найти. Кусокъ мяса, зарытый на днѣ миски, наполненной мелкими камнями, — хотя и неумѣло, но все таки находитъ, разрывая камни мордою, причемъ иногда, не дойдя еще до куска мяса, хватается одинъ камень и грызетъ, или, схватываетъ въ ротъ мясо, беретъ одновременно камни и проглатываетъ. Жадно набрасывается на лежащій на землѣ кусокъ мяса, и если постараться отнять его, то она только спѣшитъ его проглотить, но никогда не ворчитъ и не отгрызается. Парезъ ноги исчезъ.

Втеченіи остальныхъ 2-хъ лѣтъ и 2-хъ мѣсяцевъ, т. е. вплоть до самой, искусственной, смерти явленія были тѣже, только съ полгода еще онѣ слабѣли. Во все же остальное время собака представляла слѣдующее: также безпокойна и суетлива, весьма прожорлива, нѣсколько лучше отличаетъ пищу отъ другихъ предметовъ, изъ-за пищи часто грызется съ другими собаками и кусаетъ очень зильно; узнаетъ миску издалека, не слушается — на зовъ и на угрозу не реагируетъ почти вовсе, всякое обстоятельство забиваетъ

очень легко; позволяетъ себя мучить и терзать безъ протеста. Постоянно суетливо бѣгаетъ; въ клѣткѣ почти все время стоитъ. Походка какъ бы слегка атактическая,—ноги, особенно переднія на ходу разбрасываетъ въ разныя стороны; паразовъ и параличей нѣтъ; мышечное чувство нѣсколько ослаблено. Кожная чувствительность безъ измѣненій, насколько можно судить по нѣсколько сбивчивой психической реакціи собаки. Зрѣніе и зрительные рефлексy, повидимому, нормальны. Тазовые органы все время были въ порядкѣ. Обоняніе ослаблено. Собака очень полна и сильна.

Собака убита въ январѣ 1893 г.

**Вскрытіе** мозга показало значительную убыль вещества въ области обонхъ *guri sigmoidei*, а также впереди и снаружи отъ нихъ, причемъ оставшаяся масса лобныхъ долей представляется въ разрѣзѣ желтовато-розоваго цвѣта и утратила характеръ бѣлаго вещества мозга.

Такимъ образомъ, удаленіемъ у собаки, сверху, на обѣихъ сторонахъ большей части двигательной зоны коры одновременно съ бѣлымъ веществомъ лобныхъ долей, были вызваны слѣдующія разстройства: атактичность движеній конечностей, ослабленіе мышечнаго чувства, стремленіе забираться въ щели и отверстія при невозможности ориентироваться и выходить изъ неудобнаго положенія, беспорядочное и безцѣльное бѣганіе, особенно по инерціи, въ началѣ, въ теченіе долгаго времени душевная слѣпота и ослабленіе обонянія, общій упадокъ утвенной дѣятельности, главнымъ образомъ ослабленіе памяти. Многія изъ явленій обнаружили наклонность къ улучшенію, но общая картина сохранила свой характеръ втеченіи 2-хъ лѣтъ и 5-ти мѣсяцевъ, т. е. до самой смерти.

### Опытъ съ введеніемъ кокаина, а).

23-го мая 1890 г. 1 ч. 10 м. по полудни, т. е. черезъ 9 мѣсяцевъ послѣ операціи, уже тогда, когда совершенно установилась картина вышеописанныхъ разстройствъ, собакѣ вприсунуть подъ кожу 0,06, а черезъ 10 минутъ еще 0,04 итого 0,1 воднаго, 10%-наго, раствора *cocaini muriatici*.

Черезъ 15 минутъ оказалось значительное расширеніе зрачковъ; собака начала очень быстро и безпокойно бѣгать по комнатѣ, описывая небольшіе круги, неправильно и въ различныхъ направленіяхъ, не обращая вниманія ни на зовъ, ни на препятствія. Дыханіе было учащено, языкъ высунуть, довольно большое выдѣленіе слюны. Характеръ походки обычный. Въ общемъ явленія представляли картину значительнаго психическаго возбужденія. Такъ было въ теченіи первыхъ 30 минутъ, послѣ чего возбужденіе стало стихать: скорость бѣганія и безпокойство стали замѣтно уменьшаться, но замѣнь этого появилась наклонность къ правильной перемѣнѣ направленія наступательнаго движенія, при чемъ движенія становились все болѣе и болѣе замедленными: собака дѣлала 4--5 шаговъ

на право, затѣмъ столько же на лѣво, описывая, какъ бы, цифру 8; число шаговъ постепенно также уменьшалось, такъ что уже черезъ полъ-часа (черезъ 1 ч. 5 м. послѣ начала опыта) собака задними лапами стояла на мѣстѣ, передними же, а также переднюю часть туловища и особенно головою производила правильныя, нѣсколько безпокойныя движенія вправо и влѣво. Но и эти явленія становились все слабѣе и черезъ 2 ч. 25 м. послѣ начала опыта собака уже лежала на животѣ спокойно и только ритмически, но медленно, поворачивала головою то вправо, то влѣво.

За все время описаннаго наблюденія можно было отмѣтить, что реагируя на зовъ, или на другое какое-либо психическое впечатлѣнiе, собака обнаруживала болѣе интенсивно характерное для даннаго момента явленiе.

### Опытъ съ кокаиномъ, b).

14-го iюня 1890 г. Передъ опытомъ собака представляетъ обычныя явленiя.

Въ 1 ч. 20 м. дня впрыснуть 0,05 *cocaini muriatici*.

1 ч. 30 м. Собака дышетъ часто, бѣгаетъ безпокойно въ разныя стороны.

1 ч. 35 м. Психическое возбужденiе все прогрессируетъ. Вниманiе не можетъ быть сосредоточено на подносимой пищѣ. Пьетъ неуменно, хотя пищу хватается жадно, иной разъ кусокъ удается проглотить.

1 ч. 40 м. Возбужденiе рѣзче; вниманiе сосредоточивается съ трудомъ, пища выпадаетъ изо рта. Зрачки сильно расширены.

1 ч. 50 м. Языкъ интенсивно красный и влажный; сильно высушить. Возбужденiе растетъ. Собака безпокойно бѣгаетъ то въ одну, то въ другую сторону, правильно мѣняя направленiе. Обнаруживаетъ жажду, но когда подносятъ миску съ водою, то очень скоро отъ нея отходитъ, не будучи въ состоянiи остановиться подольше, чтобы выпить.

2 ч. дня. Походка нѣсколько вялая, неуверенная, правильная перемѣна направленiя продолжается. Видъ у собаки возбужденный, хотя отъ времени до времени можетъ приостанавливаться.

2 ч. 10 м. Зрачки все время расширены. Замѣтное утомленiе, хотя характеръ маятнико-образнаго передвиженiя тѣла продолжается и рѣзко усиливается при возбужденiи отъ вѣшняго впечатлѣнiя.

2 ч. 15 м. Собака покойнѣе, при зовѣ—небольшое возбужденiе, ѣстъ пищу лучше.

Изъ вышеприведенныхъ двухъ наблюденiй явствуетъ, что послѣ введенiя подъ кожу въ одномъ случаѣ 0,1 кокаина, въ другомъ—вдвое меньшаго количества, собакѣ, у которой, за нѣсколько мѣсяцевъ передъ тѣмъ были удалены значительныя части обѣихъ лобныхъ долей мозга вѣстѣ съ почти всею двигательною территорiею коры, обнаружилия явленiя отрав-

ленія весьма схожія по характеру въ обоихъ случаяхъ: уже черезъ нѣсколько минутъ—расширеніе зрачковъ, учащенное дыханіе, обильное отдѣленіе слюны, психическое возбужденіе въ формѣ суетливости, оживленія, наклонности бѣгать по комнатамъ; минутъ черезъ 25—30 устанавливается правильный характеръ бѣганія попеременно то въ одну, то въ другую сторону, при чемъ собака на небольшомъ пространствѣ описываетъ цифру 8. Когда собака отъ бѣга устаетъ, то она приостанавливается (приблизительно черезъ 1 ч. послѣ впрыскиванія яда) но все-таки въ ея двигательномъ аппаратѣ остается наклонность къ движенію въ ту и другую сторону, что сказывается подобными движеніями переднюю частью тѣла при покоѣ задней, а также усиленіемъ явленій, въ періодъ утомленія, подъ вліяніемъ психического возбужденія.

### Опытъ со впрыскиваніемъ атропина.

1-го іюня 1890 г. Состояніе собаки удовлетворительно; явленія—всѣ вышеописанныя.

Въ 10 ч. 45 м. утра впрыснута подъ кожу ( $\frac{1}{8}$  gr.) 0,012 воднаго раствора *atropini sulfurici*.

10 ч. 46 м. Собака обнаруживаетъ признаки какого то раздраженія во рту: движеніемъ языка и челюстей и передними лапами какъ бы старается удалить изъ рта раздражающій предметъ. Зрачки расширены. Языкъ сухой, темно-краснаго цвѣта.

11 ч. Дыханіе учащено.

11 ч. 5 м. Собака ходитъ медленно, спокойно.

11 ч. 15 м. Походка вялая, медленная, шаткая; временами то та, то другая нога подкашивается; голова опущена, хвостъ тоже.

Дыханіе учащено. Психически спокойна.

12 ч. Ходьба нѣсколько свободнѣе, тверже. Нѣкоторая раздражительность, когда зайдетъ за мебель и выйти оттуда не можетъ. Временами, при этомъ, визжитъ, но слабо.

12 ч. 15 м. Рвота.

12 ч. 45 м. Явленія тѣже: охотно забирается въ углы, подъ мебель, въ щели и при этомъ нрѣдка лаетъ, или визжитъ. Большой раздражительности не замѣтно. Атактичность движеній рѣзка. Сухость во рту по прежнему.

Въ теченіи слѣдующаго часа описанныя явленія постепенно стихали; новыхъ же никакихъ не наблюдалось.

Такимъ образомъ, картина отравленія атропиномъ у нашей собаки (№ 1) сводится къ слѣдующему: втеченіи первыхъ 15—20 минутъ—сухость во рту, расширение зрачковъ, угнетеніе и общая вялость; затѣмъ къ концу перваго полу-часа

появляется слабость въ конечностяхъ, вялость, шаткость и неуверенность походки, черезъ  $\frac{3}{4}$ —1 часть, присоединяется неспособность ориентироваться и выходить изъ неудобныхъ положеній, въ которыя собака попадаетъ весьма легко; при этомъ нѣкоторая раздражительность, выражающаяся изрѣдка визгомъ и еще рѣже—лаемъ, при неудобномъ положеніи. Черезъ часа 2 послѣ начала наблюденія явленія начинаютъ замѣтно слабѣть и собака долго остается вялою и слабою.

## О П Ы Т Ъ № II.

### Удаленіе большей части праваго полушарія.

3-го октября 1889 г. Собака среднего роста; безнокояная, крикливая.

Подъ морфіемъ и хлороформомъ сдѣлаю тренаномъ и костными щипцами большое отверстіе въ правой  $\frac{1}{2}$  черепа и ножомъ извлечено вещество большей части праваго полушарія большого мозга; при этомъ захвачена вся двигательная область въ темянной и часть затылочной доли; пощажены: самый передній конецъ лобной доли (обонятельная доля) и задняя часть затылочной доли; мозговой дефектъ достигъ боковаго желудочка и распространился на *capsula interna* (См. Табл. I, рис. II).

5-го октября 1889 г. Кровоподтеки подъ *conjunctiva* обонхъ глазъ. Собака довольно бодрѣ. Когда стоитъ, сидитъ или лежитъ, то туловище представляется нѣсколько изогнутымъ и выпуклостью обращено влѣво. Иногда лѣвая передняя стопа подвертывается; на ходу лѣвыя конечности представляются слабѣе, собака часто присаживается. На лѣвый глазъ почти полная душевная слѣпота. Кожная чувствительность на всей лѣвой сторонѣ тѣла значительно понижена. Мышечное чувство на обѣихъ лѣвыхъ конечностяхъ значительно понижено—можно даже говорить о полной его потерѣ. Къ окружающему безучастна; по временамъ визжитъ.

8-го октября 1889 г. Часто подбираетъ подъ себя тазъ, присаживаясь такимъ образомъ; и при такомъ положеніи тѣла изогнуто по прежнему. Лѣвыя конечности по прежнему слабоваты. Полусидя переднюю частью тѣла производитъ вокругъ зада круговыя движенія *справа*. Когда встаетъ и начинаетъ ходить, то описываетъ правильные очень небольшіе круги (около 1 метра въ діаметрѣ) на одномъ мѣстѣ. Лѣвымъ глазомъ не видитъ. Лѣвосторонняя глухая кожная и мышечная анестезія.

Собака очень спокойна, имѣетъ серьезный видъ, движенія производитъ очень медленно. Глаза широко раскрыты; уши торчатъ къверху. Рана въ удовлетворительномъ состояніи.

16-го октября 1889 г. Явленія тѣже, только нѣсколько слабѣе выражены. Можетъ пройти небольшое разстояніе почти по прямой линіи; однако наклонность къ вращенію въ правую сторону ясно выражена.

Втеченіи послѣдующихъ 7 мѣсяцевъ собака жила при лабораторіи и отъ времени до времени подвергалась обстоятельному изслѣдованію, причемъ оказалось, что вышеописанныя разстройства движенія и чувствительности сохранили свой прежній характеръ и въ количественномъ отношеніи претерпѣли весьма незначительныя измѣненія.

### Опытъ съ введеніемъ кокаина, а).

23-го мая 1890 г. Собака бодра, весьма спокойна. Ходитъ медленно, но при этомъ обнаруживаетъ явную наклонность къ движению по круговой линіи въ правую сторону; при психическомъ возбужденіи отъ зова-ли, отъ угрозы или передъ подачею ей миски съ пищею начинаетъ описывать болѣе узкіе и болѣе частые круги. Слепота на лѣвый глазъ; подходитъ къ пищѣ съ правой стороны, такъ какъ видитъ ее только правымъ глазомъ. Кожная чувствительность на всей лѣвой сторонѣ значительно понижена—укола почти не чувствуетъ. Мышечное чувство въ лѣвыхъ конечностяхъ значительно разстроено: стоя на узкомъ столѣ часто соскользываетъ съ него именно лѣвыми лапами; когда она лежитъ, то можно незамѣтно для нея оттянуть переднюю или заднюю лапы лѣвой стороны.

Въ 1 ч. 12 м. дня вприснуто подъ кожу 0,06 *cocaini muriatici*, а черезъ 10 минутъ еще 0,04.

Втеченіи первыхъ 15 минутъ развилось расширеніе зрачковъ *ad maximum*, испуганный видъ, учащенное дыханіе при высунутомъ языкѣ и довольно обильномъ отдѣленіи слюны. Минутъ черезъ 5 послѣ перваго выпрыскиванія обнаружилось учащенное вращеніе въ *правую сторону*, съ промежутками и по небольшому радіусу. Вскорѣ эти круговыя движенія, при явленіяхъ сильнаго возбужденія значительно ускорились и самый кругъ сѣзился до того, что въ теченіи 40 минутъ собака неистово вращалась въ правую сторону на одномъ мѣстѣ, стоя на правой задней конечности и двигаясь вокругъ нея всѣмъ тѣломъ разъ до 60—70 въ минуту. Затѣмъ втеченіи слѣдующаго часа картина отличалась лишь тѣмъ, что круговыя движенія въ правую сторону стали нѣсколько замедляться и позднѣе, пока продолжалось наблюденіе, т. е. до 3 час. 35 м. дня онѣ замедлялись все больше и больше.

Кромѣ того, во все время приведеннаго наблюденія, при различныхъ степеняхъ отравленія, можно было отмѣтить одинъ и тотъ-же постоянный характеръ психической реакціи на влѣстнія впечатлѣнія: подъ вліяніемъ аффекта круговыя движенія становились энергичнѣе и быстрѣе соотвѣтственно степени возбужденія.

На слѣдующій день явленія отравленія уже отсутствовали.

### Опытъ съ кокаиномъ, б).

14-го іюня 1890 г., 1 ч. 20 м. дня. Вприснуто подъ кожу 0,05 *cocaini muriatici*.

1 ч. 25 м. Ускоренное вращеніе въ *правую* сторону.

1 ч. 27 м. Круговыя движенія 60 разъ въ минуту, дыханіе весьма частое.

1 ч. 32 м. Собака вертится 64 раза въ минуту; на зовъ отвѣчаетъ болѣе быстрымъ вращеніемъ.

1 ч. 40 м. Явленія тѣ-же.

2 ч. Круговыхъ движеній 42 въ минуту. При зовѣ и угрозахъ бистрота увеличивается. Во время вращеній голова нѣсколько повернута вправо, а лѣвое ухо прижато назадъ.

2 ч. 15 м. Собака вращается 37 разъ въ минуту.

2 ч. 30 м. Вращеніе значительно замедлено; животное можетъ нѣсколько пріостановиться и пройти 2—3 шага по прямой линіи. Раза два пило воду.

3 ч. Собака почти остановилась.

Впослѣдствіи надъ этою же собакою произведенъ еще два раза подобный опытъ, причемъ явленія всегда наблюдались однѣ и тѣже; изъ чего явствуетъ, что отравленіе кокаиномъ собаки, у которой передъ тѣмъ была удалена двигательная сфера коры, кора темнянаго отдѣла и значительной передней части затылочной доли, одновременно съ подлежащею массою бѣлаго вещества, включая сюда и внутреннюю капсулу, вслѣдствіи чего получилась на противоположной сторонѣ слѣпота на одинъ глазъ, *hemianaesthesia* а также наклонность къ вращенію въ сторону операціи, сопровождается, между прочимъ, бурными и весьма быстрыми круговыми движеніями минимальнаго діаметра въ сторону операціи, другими словами—высшею степенью усиленія явленій, вызванныхъ самою операціею.

### Опытъ съ введеніемъ атропина.

28-го мая 1890 г. Собака въ своемъ обычномъ состояніи.

10 ч. 38 м. Впрыснуто подъ кожу въ водномъ растворѣ 0,012 *atropini sulfurici*.

10 ч. 48 м. Начала учащенно дышать; зрачки расширены. Безпокойна, какъ будто отъ раздраженія во рту. Языкъ сухъ и интенсивно краснаго цвѣта.

11 ч. Дыханіе учащено, стоитъ спокойно.

11 ч. 5 м. Легла спокойно.

11 ч. 15 м. Когда заставишь собаку ходить, то она передвигается слабовато, лѣнливо, временами ноги подкашиваются, особенно лѣвыя; *ходитъ по прямой линіи безъ наклонности къ круговымъ движеніямъ*. Когда залѣзаетъ подъ табуретки, въ углы, межъ ногъ людей—то выйти не можетъ; не способна обходить препятствія. Попадая въ затруднительное положеніе—сильно и безпокойно визжитъ и лаетъ. Съ мѣста встаетъ съ трудомъ. Сухость во рту, расширеніе зрачковъ и учащенное дыханіе по прежнему.

11 ч. 40 м. При вялой ходьбѣ и почти непрерывномъ визгѣ обнаруживаетъ *скорѣе наклонность къ движеніямъ въ лѣвую (противоположную) сторону*.



11 ч. 50 м. Пуглива и очень раздражительна; бросается въ стороны; сильно визжитъ, особенно когда попадетъ въ неудобное положеніе. *Рѣзко выражена наклонность къ обращенію въ лѣвую сторону.* Собака по временамъ описываетъ по нѣскольку разъ круговыя движенія въ лѣвую сторону и затѣмъ снова двигается, хотя всегда медленно, неуверенно, какъ бы съ осторожностью, въ прямомъ направленіи; но рѣшительно не замѣтно ея обычной наклонности вращаться въ право.

12 ч. 15 м. Собака вяла, раздражительна. Двигательныя явленія сохранили свой характеръ, но стали менѣе интенсивны.

12 ч. 45 м. Явленія еще болѣе ослабѣли. Слабость и сонливость стали рѣзче. На слѣдующій день вернулась прежняя картина.

Такимъ образомъ, у изслѣдуемой собаки, на ряду съ обычными явленіями, отравленіе атропиномъ вызвало еще и такіе симптомы, которыми мы обязаны исключительно предварительному удаленію значительной части праваго полушарія большого мозга: мы могли наблюдать нѣкоторые уклоненія со стороны двигательной области, или вѣрнѣе полное извращеніе тѣхъ двигательныхъ разстройствъ, которыя были вызваны предшествовавшею экстирпаціею праваго полушарія мозга. Въ то время, какъ до отравленія атропиномъ собака обнаружила явную наклонность къ вращенію въ сторону операціи,—черезъ  $\frac{1}{2}$  часа послѣ отравленія она двигалась уже по прямому направленію, а черезъ 1 часъ уже начала описывать круги въ лѣвую сторону, т. е. въ направленіи обратномъ обычному. Послѣ прекращенія дѣйствія яда, это двигательное разстройство ослабѣвало, пока не уступало мѣста прежнему.

### О П Ы Т Ъ № III.

#### Экстирпація правой теменной доли.

6-го сентября 1891 г. Подъ морфіемъ и хлороформомъ трепанирована *правая* теменная кость, отверстие расширено костными щипцами.

По вскрытіи и оттяженіи твердой оболочки, удалена *острою ложечкою Bruns'a значительная часть теменной доли*, при чемъ захвачена большая часть двигательной территоріи коры, а также передняго отдѣла затылочной доли; дефектъ проникъ въ глубину, сквозь массу бѣлаго вещества почти до бокового желудочка. Кровотеченіе при этомъ было незначительное. Рана мозга засыпана іодоформомъ; по наложеніи двухъ-этажнаго шва, послѣдній покрытъ слоемъ коллодія съ іодоформомъ. (См. табл. I, рис. III).

9-го сентября 1891 г. Собака бодра. Признаковъ параличей незамѣтно. Ходитъ свободно, при чемъ обнаруживаетъ замѣтную наклонность къ *манежнымъ движеніямъ вправо*. Можно отмѣтить атактическія движенія въ лѣвыхъ конечностяхъ, особенно въ задней. На лѣвой сторонѣ замѣтное пониженіе кожной чувствительности и мышечнаго чувства. На лѣвый глазъ рѣзко выраженная душевная слѣпота. Слухъ на лѣвое ухо нѣсколько пониженъ.

18-го сентября 1891 г. Общее состояніе животнаго удовлетворительно. Рана течетъ хорошо. Наклонность къ вращенію въ правую сторону, хотя небольшая, продолжается. Со стороны чувствительности разстройства прежнія.

Въ теченіи всего остальнаго времени наблюденія, состояніе собаки не измѣнилось.

### Опытъ съ введеніемъ кокаина.

9-го ноября 1891 г. Въ 1 ч. 5 м. вприснуто *0,2 cocaïnî murgatisi* въ водномъ растворѣ.

1 ч. 8 м. Собака лежитъ, свернувшись калачемъ въ правую сторону. Безпокойно *то чешетъ правую сторону головы, то кусаетъ правыя лапы*. Безпокойство и возбужденіе очень велики. Явленія усиливаются при усиленіи возбужденія.

1 ч. 13 м. По прежнему лежитъ; кусаетъ и чешетъ свою правую сторону. Лежа на лѣвомъ боку и свернувшись *производитъ вращательныя движенія въ правую сторону*.

1 ч. 20 м. Если собаку поставить на ноги, то она можетъ пробѣжать по прямой линіи нѣсколько шаговъ, послѣ чего начинаетъ быстро вращаться въ правую сторону и, надал, продолжаетъ свое вращеніе; при этомъ она слегка привстаетъ. Можно отмѣтить нѣкоторую слабость лѣвыхъ конечностей, особенно экстензоровъ стопы.

1 ч. 30 м. То стоя, то лежа, продолжаетъ вращаться въ правую сторону, причемъ по временамъ пробѣгаетъ нѣсколько шаговъ по прямой линіи.

2 ч. Возбужденіе выражено не въ такой сильной степени. Вертится рѣже, но все таки въ правую сторону. Бѣгаетъ довольно свободно прямо впередъ.

2 ч. 30 м. Собака значительно спокойнѣе. Круговыя движенія наблюдаются гораздо рѣже, но усиливаются при нѣкоторомъ возбужденіи.

Такимъ образомъ, введеніе подъ кожу кокаина нашей собацѣ, у которой, удаленіе части двигательной и чувствительной областей праваго полушарія, дало въ результатъ анестезію на лѣвой сторонѣ кожи и мышечнаго чувства, также ослабленіе зрѣнія и отчасти слуха на той же сторонѣ, одновременно съ наклонностью къ круговымъ движеніямъ въ правую сторону,—вызвало, между прочимъ, повидимому, на правой сторонѣ кожи какія то ненормальныя ощущенія, сопровождав-

шіяся почесываніемъ правой стороны головы и кусаніемъ правыхъ лапъ, а также періодическія усиленные круговыя движенія въ правую сторону какъ при стоячемъ, такъ и при лежащемъ положеніи.

На слѣдующій день послѣ опыта собака вернулась къ прежнему состоянію.

### Опытъ съ введеніемъ атропина.

16-го ноября 1891 г. Собака представляетъ обычныя явленія.

Въ 12 ч. 55 м. Впрыснуто подъ кожу 0,012 *atropini sulfurici* въ водномъ растворѣ.

1 ч. 2 м. При ходьбѣ замѣчается нѣкоторая слабость ногъ.

1 ч. 10 м. Движенія стали еще слабѣе. Общая вялость въ значительной степени. Зрачки расширены, сухость во рту; языкъ краснаго цвѣта. Учащенное дыханіе.

1 ч. 25 м. Двигательная слабость увеличилась: собака ходитъ неуверенно, спотыкается, ходитъ по прямой линіи. Вялость еще рѣзче замѣтна.

1 ч. 30 м. Впрыснуто еще 0,006 *atropini sulfurici*.

1 ч. 50 м. Рвота. Судорожныхъ явленій нѣтъ. Ходитъ очень вяло, медленно, спотыкается, но всегда предпочитаетъ прямое направленіе; сворачиваетъ въ сторону одинаково, какъ направо, такъ налево.

2 ч. 20 м. Явленія тѣ же.

Этотъ опытъ съ атропинизированіемъ собаки, у которой, вслѣдствіе удаленія темянной части праваго полушарія, получилась лѣвосторонняя кожная, мышечная, зрительная и отчасти слуховая анестезія одновременно съ наклонностью къ вращенію въ правую сторону,—показалъ, что при этомъ, на ряду съ общими явленіями отравленія атропиномъ, прекратилась наклонность къ вращенію въ правую сторону и возстановилась способность ходить по избранному направленію.

## О П Ы Т Ъ № IV.

### Удаленіе лѣваго центра для передней ноги.

Октябрь 1891 г. Обыкновеннымъ способомъ обнажена двигательная область коры лѣваго полушарія и посредствомъ реакціи мышцъ на индуктивный токъ опредѣленъ точно центръ для правой передней конечности въ области лѣваго *gyri sigmoidei*, который и удаленъ острою ложечкою. Рана зашита и залита коллодіемъ съ іодоформомъ. (См. табл. 1, рис. IV).

Втеченіи первыхъ трехъ дней послѣ операціи замѣтна нѣкоторая двигательная слабость въ обѣихъ правыхъ конечностяхъ. Вскорѣ можно было отмѣтить единственное явленіе выпаденія—*незначительное расстройство координаціи движеній правой передней лапы* при одновременномъ пониженіи въ ней мышечнаго чувства. Со стороны кожной чувствительности и другихъ областей нервной системы никакихъ расстройствъ не отмѣчается.

Въ январѣ мѣсяцѣ не удавалось отмѣтить даже и упомянутыхъ расстройствъ движеній въ правой передней конечности—собака производила впечатлѣніе совсѣмъ нормальной.

### Опытъ съ введеніемъ кокаина.

19-го января 1892 г. Въ 12 ч. 22 м. вприснуто подъ кожу 0,1 *sosaiini puriatici* въ водномъ растворѣ.

12 ч. 27 м. Собака оживлена, нѣсколько возбуждена; дыханіе учащено, языкъ красный влажный; довольно много слюны. Бѣгаетъ по комнатѣ равномерно скоро, обнаруживая *замѣтную наклонность къ вращенію въ правую сторону*; описываетъ круги большого діаметра.

1 ч. 5 м. Подвижность и возбужденіе нѣсколько меньше. Собака описываетъ довольно правильные круги *мало*; радіусъ ихъ уменьшился.

1 ч. 12 м. Возбужденіе значительно ослабѣло и круговыя движенія стали болѣе лѣнны и неправильны.

1 ч. 17 м. Почти никакихъ особенныхъ явленій нѣтъ.

Такимъ образомъ собака, у которой 3 мѣсяца тому назадъ былъ удаленъ корковый центръ для правой передней ноги, передъ отравленіемъ кокаиномъ не представляла никакихъ ни двигательныхъ, ни чувствительныхъ замѣтныхъ расстройствъ; но достаточно было ввести растворъ кокаина подъ кожу для того, чтобы появилась рѣзкая наклонность къ вращенію въ лѣвую сторону, т. е. въ сторону операціи.

Собака на слѣдующій день казалась совсѣмъ здоровою.

### Опытъ съ введеніемъ атропина.

21-го января 1892 г. Въ 1 ч. 17 м. вприснуто 0,012 *atropini sulfurici*.

1 ч. 37 м. Сухость во рту, учащенное дыханіе; походка шаткая, неуверенная. Ходитъ одинаково въ различныхъ направленіяхъ.

2 ч. 15 м. Двигательныя явленія тѣже. Забирается въ углы, подъ мебель; не будучи въ состояніи вылезти, лаетъ и визжитъ. И безъ того отъ времени до времени издаетъ короткій лай.

2 ч. 45 м. Картина двигательныхъ явленій таже. Вялость и сонливость.

Вышеприведенная картина настолько напоминает картину атропинизаціи нормальной собаки, не представляя въ то же время никакихъ другихъ особенностей, что можемъ сказать, что у собаки, у которой, послѣ экстирпаціи центра для одной правой передней конечности, передъ отравленіемъ уже исчезла бывшая въ ней небольшая атаксія, введеніе атропина подъ кожу не вызываетъ никакихъ разстройствъ, кромѣ обычныхъ.

## О П Ы Т Ъ № V.

### Удаленіе на лѣвой сторонѣ центра для задней ноги.

Октябрь 1891 г. Пестрая небольшая собака. Обычнымъ путемъ обнажена поверхность *лѣвшаго* полушарія большого мозга и посредствомъ индуктивнаго тока точно опредѣлено въ корѣ мѣсто центра двигательнаго для правой задней конечности; этотъ участокъ коры экстирпированъ острою ложечкою Вирс'а (См. табл. I, рис. V).

Въ ближайшіе дни послѣ операціи можно было отмѣтить нѣкоторое ослабленіе обѣихъ правыхъ конечностей; но вскорѣ это прошло и на лицо были стойкія явленія исключительно со стороны *задней правой* конечности, именно: атактическия движенія, ослабленіе мышечнаго тонуса и мышечнаго чувства; кромѣ того небольшая кожная анестезія этой лапы. Наиболѣе же стойкими явленіями оказались: атаксія и ослабленіе мышечнаго чувства.

Съ этими явленіями собака прожила все остальное время, до дальнѣйшихъ, вышеприводимыхъ наблюденій включительно.

### Опытъ съ введеніемъ кокаина.

19-го января 1892 г. Въ 12 час. 24 мин. Впрыснуто подъ кожу 0,1 *cocaini muriatici* въ водномъ растворѣ.

12 ч. 30 м. Собака очень оживлена; бѣгаетъ по различнымъ направленіямъ.

12 ч. 32 м. Очень большая ажитація; собака мечется въ разные стороны, прыгаетъ, бѣгаетъ безостановочно. Дыханіе учащено, языкъ высунутъ, онъ красенъ и влаженъ.

12 ч. 39 м. Оживленіе продолжается. При частыхъ, быстрыхъ и разнообразныхъ поворотахъ во время бѣганія по комнатамъ какъ будто замѣтна склонность охотѣе поворачивать въ *лѣвую* сторону.

1 ч. дня. Безпокойство и оживленіе хотя продолжаютъ, но въ меньшей степени.

1 ч. 20 м. Ажитація и суетливость стихаютъ. Особеннаго характера движеній не замѣтно.

Въ этомъ опытѣ, введеніе коканна подъ кожу собакъ, у которой передъ тѣмъ былъ экстирпированъ на лѣвомъ полушаріи центръ для задней конечности, дало въ результатъ, кромѣ обычныхъ явленій психическаго и двигательнаго возбужденія, еще нѣкоторую склонность къ вращенію въ лѣвую сторону, т. е. въ сторону операціи.

На слѣдующій день собака не представляла особенныхъ явленій.

### Опытъ съ введеніемъ атропина.

21 января 1892 г. Въ 1 ч. 15 м. вприснуто подъ кожу 0,012 *atropini sulfurici* въ водномъ растворѣ.

1 ч. 37 м. Сухость во рту, учащенное дыханіе; языкъ краснаго цвѣта. Походка вилая, апатичная, неуверенная; легко спотыкается. Зрачки широкіе.

2 ч. 45 м. Все время одни лишь обычныя явленія атропинизаціи: слабость въ конечностяхъ, лѣвивая, неуверенная походка, широкіе зрачки, сухость во рту и учащенное дыханіе; неспособность выходить изъ угловъ и неудобныхъ мѣстъ, причемъ раздается визгъ, или упорный лай. Относительно направленія поступательныхъ движеній ничего особеннаго отмѣтить нельзя.

Какъ видно, у этой собаки, лишенной лѣваго кортикальнаго центра для задней конечности и представлявшей картину кортикальной слабости правой задней ноги, атропинъ не вызвалъ никакихъ особенныхъ явленій кромѣ обычныхъ.

## О П Ы Т Ъ № VI.

### Перерѣзка *capsulae internae* на правой сторонѣ.

27-го февраля 1892 г. Собака средняго роста, крайне пугливая. Подъ морфіемъ и хлороформомъ сдѣлано въ кости, на правой сторонѣ сбоку, на продолженіи *sulci cruciati*, посредствомъ трепана, небольшое круглое отверстіе, чрезъ которое, при сохраненіи на мѣстѣ *dugae*, по горизонтальной плоскости введенъ въ массу мозга тонкій скапель на глубину 2 *ctm.*, послѣ чего разрѣзъ мозга расширенъ въ горизонтальномъ же направленіи движеніемъ ножа впередъ и назадъ. Рана зашита по обыкновенному способу. Должно замѣтить, что при вскрытіи оказалось, что горизонтальный разрѣзъ проникъ какъ разъ въ перегибъ *capsulae internae*, заходя на переднее и заднее ея колѣно и внутрь въ область большихъ ганглий. Въ мѣстѣ разрѣза найденъ желто-красный кровавый сгустокъ. (См. Табл. 1, рис. VI).

29-го февраля 1892 г. Собака бодра, ходитъ свободно, безъ явныхъ признаковъ паралича.

3-го марта 1892 г. При ходьбѣ замѣтна нѣкоторая наклонность поворачивать охотнѣе въ *правую сторону*.

9-го марта 1892 г. Такая же наклонность къ круговымъ движеніямъ въ *правую сторону*.

При подробномъ изслѣдованіи оказалось значительное пониженіе кожной чувствительности и мышечнаго чувства на всей лѣвой половине тѣла, а также нѣкоторая слѣпота на лѣвый глазъ; паралитическихъ же явленій никакихъ не отмѣчено.

Раны въ весьма удовлетворительномъ состояніи.

### Опытъ съ введеніемъ кокаина.

9-го марта 1892 г. Въ 12 ч. 30 м. Впрыснуто подъ кожу 0,1 *co-caini muriatici* въ водномъ растворѣ.

12 ч. 35 м. Бѣгаетъ рысью въ разныхъ направленіяхъ довольно спокойно.

12 ч. 37 м. Описала *справа* нѣсколько небольшихъ круговъ подъ рядъ. Значительное общее возбужденіе, учащенное дыханіе, языкъ высунуть, влаженъ.

12 ч. 40 м. Собака описываетъ очень быстро, безостановочно, въ *правую* сторону круги очень небольшого радіуса; при этомъ въ лѣвыхъ конечностяхъ замѣтна рѣзкая атактичность: обѣ эти конечности, особенно переднія, во время быстрого вращенія, сильно скользятъ и дѣлаютъ неправильные шаги.

12 ч. 50 м. Собака вращается въ правую сторону съ большимъ оживленіемъ, до 40 разъ въ минуту; круги очень невелики—около 1 метра въ діаметрѣ; при этомъ лѣвыя конечности сильно скользятъ.

1 ч. Круговыя движенія продолжаются по прежнему, хотя собака по временамъ уже бываетъ въ состояніи пробѣжать по прямой линіи нѣсколько шаговъ. При случайномъ психическомъ возбужденіи всѣ явленія обнаруживаются въ болѣе рѣзкой степени.

1 ч. 10 м. Возбужденіе и двигательныя разстройства еще слабѣе.

1 ч. 30 м. Явленія идутъ *diminuendo*.

Отравленіе кокаиномъ собаки, у которой была перерѣзана внутренняя капсула и этимъ произведена лѣвосторонняя анестезія кожи и мышечнаго чувства, лѣвосторонняя слѣпота, а также наклонность къ круговымъ движеніямъ въ правую сторону,—вызвало рѣзкое вращательное движеніе, съ очень малыми и частыми кругами въ правую сторону, т. е. въ сторону операціи.

На слѣдующій день послѣ опыта собака пришла въ норму, обнаруживая прежнюю наклонность къ круговымъ движеніямъ въ правую сторону, усиливавшуюся при психическомъ возбужденіи.

\*

### Опытъ съ введеніемъ атропина.

11-го марта 1892 г. Въ 12 ч. 5 м. Впрыснуть подъ кожу *0,012 atropini sulfurici* въ водномъ растворѣ.

12 ч. 20 м. Учащенное дыханіе, сухость во рту; нѣсколько неуверенная походка.

12 ч. 25 м. Шаткая и вялая походка. Собака легко натывается на предметы. Описываетъ медленно круги въ *правую* сторону.

12 ч. 30 м. Ходить очень вяло и неуверенно, медленно, но по *прямому направленію*. Не замѣтно особенныхъ парезовъ, ни рѣзкой атаксіи. Не лаетъ и не визжитъ.

12 ч. 35 м. Ходить вяло, *безъ опредѣленнаго направленія*. Рвота. Молчать.

12 ч. 45 м. Забившись въ уголъ, визжитъ. Ходить по *различнымъ направленіямъ*, весьма неуверенно. Остальные явленія атропинизаціи по прежнему.

1 ч. 5 м. Ходить медленно, вокругъ комнаты, снова охотнѣе описывая круги въ *правую* сторону.

1 ч. 22 м. Сонливость и слабость велика, но ходить, поворачивая больше въ *правую* сторону.

---

Здѣсь, послѣ перерѣзки правой внутренней капсулы въ задней части передняго ея колѣна и въ передней части задняго колѣна—операцин, вызвавшей лѣвостороннюю анестезію кожи, мышечнаго чувства одновременно съ лѣвостороннею слѣпотю и наклонностью къ круговымъ движеніямъ въ *правую* сторону, и послѣ отравленія атропиномъ, на ряду съ обычными явленіями атропинизаціи, постепенно исчезла способность описывать круговыя движенія въ *правую* сторону и замѣнилась *прямолинейнымъ направленіемъ* поступательныхъ движеній; по мѣрѣ ослабленія дѣйствія яда снова начала возвращаться прежняя картина.

---

### О П Ы Т Ъ № VII.

#### Выжиганіе коры кзади отъ двигательной зоны на правой сторонѣ.

16-го апрѣля 1891 г. Собака среднихъ размѣровъ. Подъ морфіемъ и хлороформомъ обнажена темная часть поверхности *праваго полушарія* большого мозга и термокаутеромъ выжжены участки коры *тогдашъ позади gyrus sigmoides въ области 2-й и 3-й темной извилинъ и отчасти первой височной извилины*. Струпу оставленъ на мѣстѣ; рана зашита и закрыта по обыкновенному способу (См. Табл. 1, рис. VII).



Въ скоромъ времени послѣ операціи собака оправилась, рана протекла хорошо. Особенно рѣзкихъ двигательныхъ разстройствъ не было отмѣчено.

3-го іюня 1891 г. было произведено болѣе точное изслѣдованіе, котораго результаты слѣдующіе: когда собака ходитъ или бѣгаетъ, то она слегка какъ бы присѣдаетъ; въ лѣвой задней конечности замѣтна, при движеніяхъ, нѣкоторая неловкость, какъ бы атактичность. Впрочемъ не удалось отмѣтить разстройствъ чувствительности кожи, ни пониженія зрѣнія и мышечнаго чувства. Правъ у собаки добрый, веселый.

### Опытъ съ введеніемъ кокаина, а).

3-го іюня 1891 г. въ 12 ч. 3 м. дня вприснуто подъ кожу 0,04 *cocaini muriat.* въ водномъ растворѣ.

12 ч. 6 м. Собака дышетъ ускоренно, бѣгаетъ въ нѣкоторомъ возбужденіи; къ чему то прислушивается и трясетъ головою, точно хочетъ съ себя стряхнуть что то.

12 ч. 8 м. Безпокойство и испуганный видъ усилились. Движенія правильны.

12 ч. 15 м. Вприснуто еще 0,04 *coc. muriat.*

12 ч. 27 м. Новаго возбужденія не замѣтно.

12 ч. 40 м. Вприснуто еще 0,08 *coc. muriat.*

12 ч. 45 м. Испуганный и безпокойный видъ съ гиперестезіею органовъ чувствъ.

12 ч. 50 м. Стоитъ съ безпокойнымъ видомъ, дышетъ прерывисто, высунувъ языкъ. Часто оглядывается и прислушивается, *поворачивая голову все въ лѣвую сторону*. Пуглива и крайне впечатлительна. Часто виляетъ хвостомъ.

1 ч. 10 м. Явленія продолжаютъ: пугливость и гиперестезія органовъ чувствъ. *Повороты головы въ лѣвую сторону часты*, быстры и кратковременны; напоминаютъ клоническія подергиванія въ мышцахъ шеи. Внезапнымъ звукомъ легко привести собаку въ состояніе сильнаго безпокойства.

1 ч. 30 м. Явленія тѣже; онѣ усиливаются при психическомъ возбужденіи.

### Опытъ съ введеніемъ кокаина, б).

9-го сентября 1891 г. въ 2 ч. 25 м. вприснуто подъ кожу 0,1 *cocaini muriat.* въ водномъ растворѣ.

2 ч. 28 м. Учащенное дыханіе. Собака особенно нѣжно ласкается.

2 ч. 30 м. У собаки испуганный видъ; она часто останавливается и, испуганно глядя впередъ, подается быстро на нѣсколько шаговъ назадъ. Крайняя впечатлительность.

2 ч. 38 м. Явленія тѣже. Суетливости меньше.

2 ч. 55 м. Вприснуто еще 0,1 *cocaini muriat.*

3 ч. 5 м. Къ прежнимъ явленіямъ присоединились *круковыя движенія въ лѣвую сторону*, рѣзче выраженныя при испугѣ и радости. Видъ у собаки испуганный. Дыханіе учащено.

3 ч. 15 м. Наклонность къ вращенію въ лѣвую сторону таже.

### Опытъ съ введеніемъ кокаина, с).

До новаго наблюденія собака представляла свои обычныя явленія. 9-го ноября 1891 г. въ 1 ч. 50 м. вприснуто подъ кожу 0,2 *cocaini muriatici* въ водномъ растворѣ.

1 ч. 57 м. Собака глядитъ испугано, насторожила уши; голова откинута назадъ. Съ испуганнымъ видомъ подается назадъ и бѣгаетъ по комнатѣ. Дыханіе учащено, зрачки расширены, языкъ высунутъ, влаженъ.

2 ч. Начала бѣгать вокругъ комнаты все скорѣе и скорѣе въ правую сторону и перешла въ галопъ. Рѣзкое безпокойство. Изрѣдка описываетъ  $\frac{1}{2}$  круга въ лѣвую сторону.

2 ч. 5 м. Началось очень сильное возбужденіе; собака бросается во всѣ стороны, высоко подскакивая, ударяясь головою обо что попало; искуса лапы до крови.

2 ч. 20 м. 2 эпилептическихъ припадковъ одинъ за другимъ, начинающіеся съ жевательныхъ мышцъ; до этихъ поръ возбужденіе продолжалось безъ измѣненій.

Вприснуто 0,12 *morphii muriatici*.

2 ч. 22 м. Безпокойно бѣгаетъ, учащено дыханіе.

2 ч. 30 м. Собака постепенно успокаивается.

Въ этомъ опытѣ, гдѣ произведено было прижиганіе коры праваго полушарія кзади отъ двигательной зоны, кпереди отъ зрительной и кнутри отъ слуховой области, именно небольшой территоріи предназначенной для чувствительности глазъ, причемъ клиническія явленія сводились лишь къ незначительной неловкости въ лѣвой задней ногѣ, кокаинъ, вприснутый 3 раза небольшими дозами, заставилъ собаку присматриваться и прислушиваться въ лѣвую сторону и поворачивать туда же голову; будучи вприснутъ въ два большихъ приема, онъ далъ въ результатъ наклонность къ круговымъ движеніямъ въ лѣвую сторону, т. е. противоположную операцію; наконецъ вприснутая одновременно большая доза кокаина вызвала тотчасъ же быстрыя и обширныя круговыя движенія галопомъ въ правую сторону, т. е. въ сторону операціи, а также два эпилептическихъ припадковъ. Кромѣ того общимъ для всѣхъ трехъ наблюденій явленіемъ было значительное возбужденіе психической и чувствительной сферъ.

### Опытъ съ введеніемъ атропина.

18 сентября 1891 г. Въ 2 ч. дня. Вприснуто подъ кожу 0,012 *atropini sulfurici* въ водномъ растворѣ.

2 ч. 7 м. Сухость во рту, учащенное дыханіе.

- 2 ч. 25 м. Довольно спокойна. Зрачки расширены.  
2 ч. 36 м. Собака встала, беспокойно озирается.  
2 ч. 45 м. Заходитъ въ углы и съ трудомъ выходитъ оттуда; при этомъ визжитъ. Пуглива. Даетъ безъ видимой причины (галлюцинировать). Ходитъ вяло, спотыкается.  
3 ч. 15 м. Очень слаба, еле ходитъ. Сонливость. Охотно ложится. На зовъ реагируетъ.  
3 ч. 30 м. Легко засыпаетъ. При зовѣ просыпается и вскакиваетъ.

Въ этомъ случаѣ, кромѣ сонливости и общей двигательной слабости, а также обычныхъ явленій отравленія, атропизмъ другихъ разстройствъ не вызвалъ.

## О П Ы Т Ъ № VIII.

### Удаленіе затылочной доли на правой сторонѣ.

26-го января 1892 г. У взрослой собаки, подверженной вліянію морфія и хлороформа, чрезъ трепанаціонное отверстіе расширенное костными щипцами, удалено на правой сторонѣ посредствомъ скальпеля мозговое вещество изъ области задняго конца 1-й, 2-й и 3-й прямыхъ извилинъ, толщиною въ 1 см. Диаметръ дефекта = 1½ см. Кровотеченіе небольшое. Рана зашита и залита коллодіемъ съ іодоформомъ (См. Табл. I, рис. VIII).

Когда, черезъ 8 дня, собака совсѣмъ оправилась отъ операціи, можно было отмѣтить рѣзко выраженную *душевную слѣпоту на лѣвый глазъ*. Кожная чувствительность и мышечное чувство не представляли разстройствъ; тоже можно сказать и о движеніяхъ; собака дѣйствовала всѣми четырьмя конечностями правильно и ходила, свободно избирая направленіе. Рана заживала хорошо, безъ неприятныхъ осложнений.

### Опытъ съ введеніемъ кокаина.

4-го февраля 1892 г. въ 1 ч. дня вприснуто подъ кожу 0,1 *cocaini muriatici* въ водномъ растворѣ.

1 ч. 6 м. Сидя, постепенно наклоняетъ голову и поворачиваетъ ее все больше и больше *вправо*.

1 ч. 10 м. Голова почти совсѣмъ опустилась носомъ къ землѣ и производитъ постоянныя слабыя колебательныя движенія вокругъ оси шеи въ обѣ стороны.

1 ч. 12 м. Собака медленно присѣдаетъ къ землѣ, продолжая колебанія головою.

1 ч. 15 м. Сильное непрерывное трясеніе головою сверху внизъ, нѣрѣдка прерываемое при сидячемъ положеніи съ низко опущенною головою.

1 ч. 18 м. Трясенія нѣтъ. Положеніе то-же.

1 ч. 25 м. Сидитъ, хотя болѣе свободно, безъ побочныхъ движеній.

1 ч. 35 м. Лежитъ спокойно.

1 ч. 40 м. Впрыснуто еще 0,1 *sosaiini miriaticisi*.

1 ч. 48 м. Собака стоитъ и производитъ безпокойныя движенія головою, какъ бы озираясь.

1 ч. 57 м. Медленно, но непрерывно начала съ осторожностью ходить, описывая небольшіе круги *влѣво*, хотя изрѣдка дѣлаетъ повороту вправо; все время обнюхиваетъ полъ. Иной разъ дѣлаетъ 2—3 шага только передними лапами, а о заднихъ совсѣмъ забываетъ, такъ что потомъ ей приходится притягивать ихъ за собою.

2 ч. 5 м. Ходитъ по прежнему, хотя нѣсколько бодрѣе.

2 ч. 25 м. Ходитъ совсѣмъ бодро и свободно въ различныхъ направленіяхъ.

У этой собаки, лишенной задней части правой затылочной доли и потому душевно слѣпой на лѣвый глазъ; первая порція кокаина вызвала поворотъ головы въ правую сторону, а затѣмъ движеніе головы вокругъ оси шеи и колебаніе головы сверху внизъ; вторая же порція, впрыснутая черезъ небольшой промежутокъ времени, дала въ результатъ слабую неувѣренную походку и круговыя движенія въ лѣвую сторону.

### Опытъ съ введеніемъ атропина.

9-го февраля 1892 г. Въ 1 ч. 5 м. дня. Впрыснуто 0,012 *atropini sulfurici* подъ кожу.

1 ч. 35 м. Простоявши спокойно 30 м., встала и стоитъ спокойно.

1 ч. 45 м. Собака пуглива; ходитъ боязливо и неувѣренно. Рѣзкая гиперестезія кожи и органовъ чувствъ. Лѣвымъ глазомъ не реагируетъ на зрительныя впечатлѣнія. Ходитъ въ различныхъ направленіяхъ.

2 ч. Ходитъ тихо и неувѣренно вокругъ комнаты, охотнѣе поворачивая въ *правую* сторону. Забившись въ уголъ или подъ мебель, оказывается неспособною высвободиться.

2 ч. 20 м. Преобладаніе поворотовъ въ правую сторону продолжается. Изъ затруднительнаго положенія легче выпутывается, поворачивая вправо.

2 ч. 35 м. Круговыя движенія въ *правую* сторону продолжаются.

3 ч. 10 м. Явленія по прежнему.

Въ данномъ случаѣ у собаки, душевно-слѣпой на лѣвый глазъ, вслѣдствіе удаленія задняго конца правой затылочной доли, атропинъ вызвалъ наклонность къ вращенію въ правую сторону, т. е. въ сторону операціи.

## О П Ы Т Ъ № IX.

## Горизонтальный разрѣзъ черезъ височную долю.

4 мая 1891 г. По обыкновенному способу вскрыта правая боковая поверхность черепа и въ области *правой височной доли* скальпель погруженъ, по горизонтальной плоскости, въ массу мозга на глубину  $2\frac{1}{2}$  см. и движеніемъ ножа кпереди и кзади сдѣланъ черезъ мозговое вещество горизонтальный разрѣзъ въ  $2\frac{1}{2}$  см. въ длину и  $1\frac{1}{2}$  въ ширину. Оболочки удалены не были. Кровотеченія не послѣдовало. Рана закрыта асептически. (См. табл. 2, рис. IX).

Изслѣдованіе, произведенное черезъ нѣсколько дней, показало, что двигательная сфера осталась въ функціональномъ отношеніи ненарушеною. Кожная чувствительность, мышечное чувство и зрѣніе представлялись ненарушенными.

## Опытъ съ введеніемъ кокаина, а).

7-го сентября 1891 г. въ 1 ч. 8 м. вприснуто подъ кожу 0,1 *cocaini muriat.* въ водномъ растворѣ.

1 ч. 15 м. Собака болѣе оживлена, обнюхиваетъ полъ по всей комнатѣ, какъ будто что ищетъ. Движенія быстрѣе. Дыханіе учащено.

1 ч. 23 м. Зрачки расширены. Собака очень суетлива; продолжаетъ нюхать полъ, по временамъ его лижетъ.

1 ч. 38 м. Сдѣлала нѣсколько быстрыхъ круговъ небольшого діаметра *въ лѣвую* сторону, затѣмъ нѣсколько разъ по 1 кругу и снова нѣсколько круговъ подъ рядъ *все въ лѣвую сторону*. Неохотно поворачиваетъ въ правую сторону, охотно же въ лѣвую сторону. На зовъ реагируетъ вращеніемъ влѣво вокругъ себя.

1 ч. 43 м. Круговыя движенія не такъ рѣзко выражены.

1 ч. 48 м. Вприснуто еще 0,05 *coc. muriat.*

1 ч. 53 м. Языкъ высунутъ, дыханіе учащено; собака вертится чаще *въ лѣвую сторону*.

1 ч. 58 м. Собака усиленно дышетъ, прислушивается; вращаться перестала.

2 ч. 6 м. Небольшое возбужденіе. Маневрныхъ движеній нѣтъ. Животное относится болѣе сознательно къ окружающему.

2 ч. 25 м. Кромѣ веселаго возбужденія ничего другого отмѣтить нельзя.

## Опытъ съ введеніемъ кокаина, б).

13 сентября 1891 г. въ 2 ч. двѣ вприснуто 0,1 *cocaini muriat.*

2 ч. 7 м. Собака суетлива, скоро бѣгаетъ, описывая по временамъ нѣсколько круговъ подъ рядъ *въ лѣвую* сторону; пріостанавливаясь, обнюхиваетъ полъ и часто бѣгаетъ, также обнюхивая его.

2 ч. 16 м. Суетливость увеличилась, а также ускорились и участились круговыя движенія *влѣво*. При психическомъ возбужденіи явленія становятся рѣзче.

2 ч. 20 м. Кружится *влѣво* и все время обнюхиваетъ полъ.

2 ч. 30 м. Круги меньше и чаще.

2 ч. 45 м. Собака исключительно кружится въ лѣвую сторону и все время обнюхиваетъ полъ, при учащенномъ дыханіи.

3 ч. 30 м. Все это время явленія не измѣнились въ характерѣ. Подъ конецъ стала только тише, походка неуверенная, точно пьяная; стоны подгибаются.

3 ч. 20 м. Слабость увеличилась, возбужденіе меньше. Сохранивши прежній характеръ, круговыя движенія не такъ интенсивны.

Такимъ образомъ, послѣ проведенія у нашей собаки разрѣза горизонтально черезъ массу правой височной доли, вслѣдъ зачѣмъ особенныхъ функціональных разстройствъ не наблюдалось никакихъ, подкожное введеніе кокаина заставило собаку обнюхивать и лизать полъ и производить круговыя движенія въ лѣвую сторону, т. е. въ сторону, противоположную сторонѣ операціи.

### Опытъ съ введеніемъ атропина.

10 сентября 1891 г. Въ 1 ч. 30 м. Впрыснуто 0,012 atropini sulfurici въ водномъ растворѣ, подъ кожу.

1 ч. 36 м. Дыханіе учащено. Собака помочилась.

1 ч. 40 м. Языкъ сухъ; признаки раздраженія во рту. Зрачки расширены.

1 ч. 45 м. Собака прилегла. Часто дышетъ. По временамъ визжитъ.

2 ч. По временамъ громко и сердито лаетъ. Походка неуверенная, шаткая. Собака запутывается въ ножкахъ мебели.

2 ч. 5 м. Стоитъ и ходитъ, шатаясь. Натывается на предметы. Неспособна обходить препятствія. Охотно забирается въ щели и отверстія. Слабо реагируетъ на зовъ.

2 ч. 15 м. Рвота.

2 ч. 35 м. Собака пуглива. Слабо держится на ногахъ. Съ трудомъ выходитъ изъ неудобнаго положенія, при этомъ сильно визжитъ и лаетъ.

2 ч. 45 м. Описала въ *лѣвую* сторону два полныхъ круга съ діаметромъ въ 1 1/2 аршина.

2 ч. 48 м. Снова медленно описала нѣсколько *круговъ на лѣво*, при чемъ охотно заворачивала въ углы и подъ стулья. По прежнему раздражительна, особенно если предметъ мѣшаетъ ей описать кругъ на лѣво.

2 ч. 51 м. Всѣ поступательныя движенія сводятся къ круговымъ движеніямъ въ *лѣвую* сторону.

2 ч. 55 м. Манижные движенія почти не прерываются; производятся все время въ *лѣвую* сторону; круги меньше и чаще; произ-

веденное черезъ нѣсколько дней изслѣдованіе показало: рѣзкую наклонность къ *обращенію въ правую сторону*, нѣкоторую душевную слѣпоту на лѣвый глазъ, лѣвостороннюю анестезію кожи и на той же сторонѣ пониженіе мышечнаго чувства. Параличей никакихъ.

У этой собаки, съ разрѣзомъ черезъ массу височной доли, не вызвавшимъ особенныхъ функціональных разстройствъ, подкожное впрыскиваніе атропина вызвало особенную раздражительность и рѣзкую наклонность къ круговымъ движеніямъ въ лѣвую сторону, т. е. противоположную сторонѣ операціи.

## ОПЫТЪ № X.

### Перерѣзка на правой сторонѣ покрышки ножки мозга.

3 марта 1892 г. У взрослой собаки, среднихъ размѣровъ, трепанованъ черепъ надъ правою затылочною долею. Скапель воткнутъ въ фронтальной плоскости сквозь оболочки въ третью продольную извилину праваго полушарія и направленъ книзу и къ средней линіи до правой ножки мозга, у которой перерѣзана во фронтальномъ направленіи покрышка движеніемъ ножа слѣва на право. Кровотеченія особеннаго не было. Рана закрыта асептически. Собака вскорѣ оправилась. (См. табл. 2, рис. X).

### Опытъ съ введеніемъ кокаина.

11 марта 1892 г. въ 12 ч. 8 м. впрыснуто 0,1 *cocaini muriatici* подъ кожу въ водномъ растворѣ.

12 ч. 20 м. Уши торчатъ. Собака пугливо озирается по сторонамъ.

12 ч. 27 м. При сидячемъ и стоячемъ положеніи голова обращена *справа и назадъ*. Видъ испуганный; нельзя сдвинуть съ мѣста. Голова при стояніи обращена назадъ и все тѣло изогнуто правою стороною головы къ хвосту.

12 ч. 35 м. Положеніе тоже. Если погнать собаку палкою, то она испуганно бѣгаетъ въ разныя стороны и все смотритъ назадъ вправо.

12 ч. 50 м. Впрыснуто еще 0,1 *cocaini muriatici*.

12 ч. 55 м. Отъ времени до времени съ испуганнымъ видомъ описываетъ короткіе *круги направо*.

12 ч. 57 м. Все чаще описываетъ быстро круги *въ правую сторону*.

1 ч. Съ очень испуганнымъ видомъ непрерывно описываетъ весьма частые и малые круги въ правую сторону, причемъ иной разъ падаетъ на лѣвую сторону зада.

1 ч. 15 м. Быстрое вращеніе продолжается.

1 ч. 17 м. Временами круговыя движенія пріостанавливаются и собака пробѣгаетъ нѣсколько шаговъ по прямой линіи.

1 ч. 22 м. Маневренныя движенія и возбужденіе стихаютъ.

На слѣдующій день собака оправилась и представляла лишь обычную рѣзкую наклонность къ вращенію въ правую сторону.

У этой собаки съ рѣзкою наклонностью къ круговымъ движеніямъ въ правую сторону и лѣвостороннимъ пониженіемъ кожной чувствительности и мышечнаго чувства, и ослабленіемъ зрѣнія на лѣвый глазъ, вслѣдствіе перерѣзки покрывки правой ножки мозга ножомъ, прошедшимъ черезъ правую затылочную долю, первая порція кокаина одновременно съ возбужденіемъ психики вызвала искривленіе туловища выпуклостью влѣво съ поворотомъ головы вправо и назадъ, вторая же порція вызвала рѣзко выраженный, очень частый, круговые движенія въ правую сторону, т. е. въ сторону операци.

#### Опытъ съ введеніемъ атропина.

14-го марта 1892 г. въ 2 ч. 37 м. вприснуто *0,012 atropini sulfurici* подъ кожу въ водномъ растворѣ.

3 ч. 15 м. Собака встала; ходитъ шатаясь, описываетъ *изрѣдка и медленно круги въ правую сторону*.

3 ч. 23 м. Собака пуглива; не лаетъ. Шаткая, вялая походка. Нѣкоторая наклонность къ вращенію въ правую сторону, хотя цѣлыхъ круговъ не описываетъ.

3 ч. 35 м. Собака больше стоитъ и молчитъ; когда ходитъ, то *поворачиваетъ охотнѣе вправо* и натывается на предметы лѣвымъ бокомъ. Чаше ходитъ по прямому направленію.

4 ч. Ходитъ вяло, молчитъ; держится неопредѣленнаго направленія при ходьбѣ, но *легче поворачиваетъ на право*. Упираясь въ углы, молчитъ.

Въ данномъ случаѣ, послѣ отравленія атропиномъ собаки, у которой, вслѣдъ за перерѣзкою покрывки правой мозговой ножки, наблюдалось лѣвостороннее пониженіе кожной чувствительности, мышечнаго чувства и зрѣнія и кромѣ того рѣзкая наклонность къ маневрнымъ движеніямъ въ правую сторону, — обнаружилось постепенное ослабленіе этой наклонности настолько, что она почти стала незамѣтна.

### О П Ы Т Ъ № XI.

#### Поперечная перерѣзка лѣвой темянной доли.

У взрослой собаки небольшого роста по обыкновенному способу обнажена поверхность *лѣвоя* полушарія въ области двигательной зоны коры.



Скапелемъ это мѣсто надрѣзано неглубоко, лишь черезъ кожу, такъ, что разрѣзъ во фронтальномъ направленіи прошелъ отъ наружнаго края середины *gyri sigmoidei* до продольной борозды. Рана закрыта асептически. (См. Табл. 2, рис. XI).

Въ первые два дня послѣ операціи собака не могла стоять, главнымъ образомъ, вслѣдствіе ослабленія движеній въ конечностяхъ правой стороны. Черезъ 1 недѣлю собака ходила почти нормально; замѣтна лишь нѣкоторая атаксія въ правыхъ конечностяхъ, особенно въ задней—лапы подвертываются,—и несвободно производятся нѣкоторыя болѣе сложныя движенія. На правой сторонѣ, кромѣ того нѣкоторое пониженіе кожной чувствительности и мышечнаго чувства.

### Опытъ съ введеніемъ кокаина.

19-го января 1892 г. въ 12 ч. 20 м. впрыснуто подъ кожу 0,1 *sosaiini turgiacisi* въ водномъ растворѣ.

12 ч. 26 м. При лежачемъ положеніи нѣкоторое беспокойство во взорѣ.

12 ч. 30 м. Собака встала и начала неуверенно и медленно ходить, замѣтно подгибая стопу правой задней ноги; видъ беспокойный.

12 ч. 45 м. Движенія болѣе оживлены, ходить въ разныя стороны короткими переходами.

12 ч. 50 м. Собака какъ бы въ сильномъ испугѣ; движенія неуверенны. Обнаружилась наклонность описывать малые и частые круги *въ лѣвую* сторону.

12 ч. 55 м. Болѣе частое вращеніе *въ лѣвую* сторону.

1 ч. 10 м. Собака покойнѣе, больше стоитъ на мѣстѣ, но при поступательныхъ движеніяхъ *вертится въ лѣвую* сторону.

1 ч. 15 м. Описанныя явленія почти всѣ стихли.

Послѣ перерѣзки у этой собаки поверхностнаго слоя лѣвой теменной доли фронтальнымъ разрѣзомъ черезъ весь *gyrus sigmoideus*, вызвавшей правостороннюю кожную и мышечную анестезію съ атаксією въ правыхъ (особенно въ задней), конечностяхъ, впрыскиваніе подъ кожу кокаина дало сперва возбужденіе съ испугомъ, а затѣмъ наклонность къ вращенію въ лѣвую сторону, т. е. въ сторону операціи.

### Опытъ съ введеніемъ атропина.

21 января 1892 г. Въ 2 ч. 37 м. Впрыснуто подъ кожу 0,012 *atropini sulfurici* въ водномъ растворѣ.

2 ч. 55 м. Учащенное дыханіе; сухость во рту. Собака вяжеть.

3 ч. 5 м. Гиперестезія кожи. Пугливостъ.

3 ч. 8 м. Собака тихими шагами описала нѣсколько круговъ въ *лѣвую* сторону; радіусъ невеликъ. Наклонность къ вращенію *въ лѣво* замѣтна.

3 ч. 15 м. Походка шаткая, неуверенная; наклонность уклоняться влѣво продолжается.

3 ч. 22 м. Явленія продолжаются.

3 ч. 30 м. То же самое.

У этой собаки съ анестезіею кожи и мышцъ на правой сторонѣ и атаксіи въ правыхъ конечностяхъ, особенно въ задней, вслѣдствіи надрѣза коры въ области лѣваго *guri sigmoidei* фронтальнымъ разрѣзомъ, атропинъ вызвалъ незначительную наклонность къ вращенію въ лѣвую сторону, т. е. въ сторону операціи.

## О П Ы Т Ъ № XII.

### Глубокая перерѣзка лѣвой темяной доли.

19-го августа 1891 г. Черезъ расширенное трепанационное отверстіе въ лѣвой  $\frac{1}{2}$  черепной крышки обнажена поверхность *мозга полушарія* въ области двигательной зоны. Скальпелемъ проведенъ фронтальный разрѣзъ тотчасъ позади *gurus sigmoideus* черезъ всю ширину полушарія, обогнувшій сверху и снаружи *conrus callosus* и большіе ганглии; разрѣзъ захватилъ кору и массу бѣлаго вещества сантиметра на  $1\frac{1}{2}$  въ глубину. Рана закрыта асептически. (См. табл. 2, рис. XII).

Собака вскоре оправилась и при изслѣдованіи можно было отмѣтить лишь отведеніе лѣваго глаза кнаружи и намекъ на душевную слѣпоту на правый глазъ. Двигательныхъ же разстройствъ въ туловищѣ и конечностяхъ, а также разстройствъ кожной чувствительности и мышечнаго чувства не наблюдалось. Черезъ нѣсколько дней глазъ вернулся на мѣсто.

### Опытъ съ введеніемъ кокаина.

10-го декабря 1892 г. въ 1 ч. 50 м. впрыснуто подъ кожу 0,1 *cocaini muriatici* въ водномъ растворѣ.

1 ч. 55 м. Дыханіе учащено; значительное возбужденіе. Собака точно что то ищетъ, но стоитъ, при этомъ охотно и часто вертитъ *въ лѣвую* сторону. Зрачки расширены.

2 ч. 15 м. Безпокойство продолжается; тремор; частое вращеніе *глазо*. Большая пугливостъ. Не отходитъ отъ одного стола, на которомъ что то ищетъ.

2 ч. 30 м. Пугливостъ и безпокойство по прежнему. Временами садится. При поступательныхъ движеніяхъ наклонность кружиться *въ глазо*.

2 ч. 35 м. Безпокойство; короткія порывистыя движенія въ разныя стороны.

2 ч. 40 м. Сидя на одномъ мѣстѣ, передними ногами порывисто передвигается то вправо, то влѣво. Дыханіе частое.

3 ч. 5 м. Собака спокойнѣе. При искусственномъ возбужденіи обнаруживается наклонность къ вращенію въ лѣвую сторону.

---

Эта собака, у которой перерѣзано поперекъ лѣвое полушаріе кзади отъ *gurgus sigmoideus* съ сохраненіемъ *corporis callosi* и большихъ ганглиевъ, и вслѣдствіе этого получилась лишь душевная слѣпота на правый глазъ, и то не рѣзко выраженная,—послѣ отравленія кокаиномъ обнаружила довольно замѣтную наклонность къ круговымъ движеніямъ въ лѣвую сторону, т. е. въ сторону операциі, а также стремленіе искать съ этой же стороны что то на довольно высокомъ столѣ.

### Опытъ съ введеніемъ атропина.

21-го января 1892 г. въ 1 ч. 18 м. врыснуто подъ кожу 0,012 *atropini sulfurici* въ водномъ растворѣ.

1 ч. 37 м. Сухость во рту, учащенное дыханіе. Походка шаткая, неуравновѣшенная.

2 ч. 45 м. Все время наблюдались одни лишь обычныя явленія отравленія атропиномъ: слабость конечностей, пугливость, раздражительность, стремленіе заходить въ углы и неумѣніе выходить оттуда, при этомъ визгъ и лай.

---

Такимъ образомъ послѣ глубокаго надрѣза лѣваго полушарія кзади отъ *gurgus sigmoideus*, введеніе атропина не вызвало ничего, кромѣ общихъ явленій атропинизаціи.

## О П Ы Т Ъ № XIII.

### Поперечная перерѣзка обѣихъ темянныхъ долей.

19-го августа 1891 г. Послѣ двусторонняго вскрытія черепа были обнаружены съ обѣихъ сторонъ двигательныя территоріи коры и скальпелемъ на обѣихъ сторонахъ перерѣзано полушаріе сверху и сбоку, на глубину около 1½ см., такъ что разрѣзъ прошелъ фронтально позадѣ *sulcus cruciatus* и проникъ въ бѣлое вещество настолько, что не затронулъ *corpus callosum* и большихъ ганглиевъ. (См. табл. 2, рис. XIII).

Рана закрыта асептически.

20 августа 1892 г. Собака сильно визжитъ и бьется. Пропульсивныя движенія (впередъ). Слабость конечностей, особенно заднихъ.

22-го августа. Собака смотритъ сознательно; ѣсть сама, спокойна.

29-го августа 1892 года. Съ этихъ поръ собака никакихъ разстройствъ не представляла ни со стороны двигательной, ни со стороны чувствующей сферы; зрѣніе и слухъ казались все время нормальными.

Рана зарубцевалась какъ слѣдуетъ.

### Опытъ съ введеніемъ кокаина.

10-го декабря 1891 г. Въ 1 ч. 50 м. Впрыснуто 0,1 *cocaini muriatisci* подъ кожу.

2 часа. Собака безпокойна и громко лаетъ. Двигательныхъ разстройствъ не замѣтно.

2 ч. 15 м. Перестала лаять, ходитъ спокойно и прямо. Дыханіе учащено. Зрачки расширены.

2 ч. 30 м. Собака покойна. Впрыснуто еще 0,1 *cocaini muriatisci*.

2 ч. 40 м. Особеннаго возбужденія не замѣтно.

2 ч. 50 м. Собака довольно покойна. Стоитъ и поворачиваетъ голову часто назадъ, то въ правую сторону, то въ лѣвую, какъ будто сзади что привлекаетъ ея вниманіе.

3 ч. 10 м. Тѣ же явленія безперемѣнны.

Такимъ образомъ, у этой собаки съ фронтальною перерѣзкою на обѣихъ сторонахъ мозгового плаща позади *sulcus cingulatus*, вслѣдствіе чего въ первое время существовала нѣкоторая слабость въ конечностяхъ, особенно въ заднихъ, подкожное введеніе кокаина въ два приѣма вызвало возбужденіе и раздражительность съ лаемъ, явленія, уступившія затѣмъ мѣсто оглядыванію назадъ въ обѣ стороны при душевномъ спокойствіи.

Съ атропиномъ опыта не было.

## О П Ы Т Ъ № XIV.

### Продольный разрѣзъ правой затылочной доли.

13 ноября 1891 г. Черезъ *правостороннее* расширенное трепанационное отверстіе въ задней половинѣ черепной крышки, не вдалекѣ отъ продольнаго костнаго гребня, скальпелемъ сдѣланъ продольный разрѣзъ въ вертикальномъ направленіи длиною въ 2 ctm., прошедшій по первой продольной бороздѣ, начиная на  $\frac{1}{2}$  ctm., кзади отъ *gurgus sigmoideus* и не доходя  $\frac{1}{2}$  ctm. до задняго края затылочной доли. Разрѣзъ проникъ вглубь до задняго рога праваго желудочка.

Рана зашита и закрыта асептически. (См. табл. 2, рис. XIV).

Вскорѣ собака опрыгивалась и при изслѣдованіи удалось констатировать лишь въ некоторую степень душевной слѣпоты на лѣвый глазъ. Чувствительность кожи, мышечное чувство, а также двигательная сфера особенныхъ разстройствъ не представляла.

### Опытъ съ введеніемъ кокаина.

26 января 1892 г. въ 1 ч. 10 м. вприснуто подъ кожу 0,1 *cocaini murici* въ водномъ растворѣ.

1 ч. 14 м. Безпокойство; собака стоитъ и *чесетъ правое ухо* (главнымъ образомъ), довольно порывисто.

1 ч. 17 м. Дыханіе учащено. Собака *безпокойна, визжитъ и чешетъ правое ухо*, по временамъ описываетъ небольшіе круги то вправо, то влѣво.

1 ч. 20 м. Безпокойна, визжитъ, *чесетъ правую сторону и правое ухо*, останавливается съ испуганнымъ видомъ и озирается по сторонамъ. Круги описываетъ охотнѣе *влѣво*.

1 ч. 33 м. Безпокойство стихаетъ, вращеніе же *влѣво* учащается. Подолгу въ прямомъ направленіи не ходитъ; все больше вертится на небольшомъ пространствѣ *влѣво*.

1 ч. 38 м. Продолжаетъ чесать правое ухо и вертѣться въ лѣвую сторону.

1 ч. 45 м. Вприснуто подъ кожу еще 0,1 *coc. muriat.* Почесываніе и вращеніе тотчасъ же усилились.

1 ч. 49 м. Появляется попытка повернуть вправо, но *наклонность вертѣться влѣво* беретъ перевѣсъ.

1 ч. 56 м. Бояливо вертится и точно что то ищетъ на землѣ.

2 ч. 2 м. Мечется, точно что ищетъ на землѣ. Если ее остановить, то только головою вертитъ то вправо, то влѣво, подъ влияніемъ *звуковыхъ, раздраженій еще сильнѣе безпорядочно мечется*.

2 ч. 24 м. Собака охотнѣе вращается въ лѣвую сторону. Она больше то *мечется, то пятится назадъ*.

У этой собаки съ продольно надрѣзаннымъ правымъ полушаріемъ вдоль первой затылочной продольной борозды, отчего произошла одна лишь слабая душевная слѣпота на лѣвый глазъ, — кокаинъ, вприснутый въ 2 пріема, вызвалъ особенно сильное безпокойное возбужденіе, стремленіе искать что то на полу, испуганный видъ, порывистое почесываніе праваго, соответствующаго сторонѣ операціи, бока, уха и круженіе въ лѣвую, т. е. противоположную сторону; кромѣ того метаніе по комнатѣ, сопровождаемое стремительнымъ бѣганіемъ впередъ и назадъ.

### Опытъ съ введеніемъ атропина.

4-го февраля 1892 г. Въ 1 ч. дня. Вприснуто подъ кожу 0,012 *atropini sulfurici* въ водномъ растворѣ.

1 ч. 15 м. Пугливость, неуверенность и шаткость походки.

1 ч. 18 м. Дыханіе учащено. Собака ходитъ медленно, неуверенно; спотыкается; направленіе при ходьбѣ прямое. Не виазитъ и не лаеетъ.

1 ч. 40 м. Лежитъ спокойно, точно дремлетъ.

2 ч. 25 м. Собака спитъ покойно.

У этой собаки съ продольно разрѣзанною, по первой продольной бороздѣ, затылочною долею правой стороны и незначительною лѣвостороннею душевною слѣпотою, атропінъ, наряду съ общею картиною отравленія, вызвалъ особенно сильную вялость и сонливость перешедшую въ крѣпкій и продолжительный сонъ; визга и лая при этомъ не было.

## О П Ы Т Ъ № XV.

### Перерѣзка задней половины *corporis callosi*.

10-го марта 1892 г. У взрослой собаки трепанирована черепная крышка по обѣимъ сторонамъ средней линіи и удалены костный мостикъ, соединяющій оба отверстія. Sinus longitudinalis durae оттянуть. Скальпелемъ разрѣзана, вдоль продольной средней борозды, большая, задняя, половина *corporis callosi*, въ томъ числѣ и *splenium*. (См. табл. 2, рис. XV).

Рана закрыта асептически и собака вскорѣ совсѣмъ оправилась. При изслѣдованіи ея ничего, кромѣ нѣкоторой какъ-бы безтолковости и автоматичности, отмѣтить нельзя было; всѣ же остальные функціи нервной системы остались ненарушенными.

### Опытъ съ введеніемъ кокаина.

21-го марта 1892 г. Въ 1 ч. 46 м. Впрыснуто подъ кожу 0,1 *sosaiini muriatici* въ водномъ растворѣ.

2 ч. 30 м. Все это время собака лежала спокойно на животѣ. нѣсколько тревожно оглядываясь по сторонамъ. Впрыснуто еще 0,1 *sosaiini muriatici*.

2 ч. 35 м. Собака *пуглива*, упирается задомъ въ стѣну; лежа, довольно быстро ритмически поворачиваетъ голову въ обѣ стороны.

2 ч. 45 м. Пуглива; все убѣгаетъ; лежитъ свободно.

3 ч. Собака оживлена, бѣгаетъ очень свободно по прямой линіи; чаще перебѣгаетъ отъ одного угла комнаты къ другому.

4 ч. 20 м. Все это время особенныхъ переживаній не произошло.

Въ этомъ случаѣ перерѣзки задней  $\frac{1}{2}$  *corporis callosi*, вызвавшей у животнаго нѣкоторую безтолковость и автоматичность, кокаинъ вызвалъ покойную пугливость съ ритмическимъ движеніемъ головы въ обѣ стороны, а затѣмъ оживленное бѣганіе по комнатѣ.

### Опытъ съ введеніемъ атропина.

23-го марта 1892 г. Въ 3 ч. 5 м. Впрыснуто подъ кожу 0,012 *atropini sulfurici* въ водномъ растворѣ.

3 ч. 30 м. Вялая, неуверенная походка, учащенное дыханіе, легкій визгъ; рвота.

3 ч. 35 м. Собака ходитъ шатко, слабо; лбомъ упирается въ сторону; направленіе прямое.

3 ч. 50 м. Когда попадаетъ въ неудобное положеніе, лаетъ мало. Ноги подкашиваются.

3 ч. 55 м. Пугливость и другія явленія по прежнему.

4 ч. 5 м. То же состояніе.

Послѣ перерѣзки въ этомъ случаѣ задней  $\frac{1}{2}$  *cornu callosi*, вызвавшей лишь безтолковость и автоматичность, вслѣдъ за отравленіемъ атропиномъ, можно было наблюдать, сверхъ обычныхъ явленій, еще ту особенность, что лаяла собака и визжала гораздо меньше обыкновеннаго для атропинизаціи: она какъ бы легко мирилась съ неудобствами.

### О П Ы Т Ъ № XVI.

#### Перерѣзка задней $\frac{1}{2}$ *cornu callosi, fornicis*, съ поврежденіемъ внутренняго края правой затылочной доли.

11-го февраля 1892 г. На правой сторонѣ черепной крышки, около самой средней линіи, трепаномъ сдѣлано окно и скальпелемъ разрѣзана задняя, большая  $\frac{1}{2}$  *cornu callosi* одновременно съ *fornix*, при чемъ по пути ножъ прошелъ сквозь внутренній край правой затылочной доли. Кровотеченіе небольшое. Рана закрыта асептически. (См. табл. 2, рис. XVI).

Вскорѣ собака оправилась и при изслѣдованіи никакихъ разстройствъ ни со стороны психики, ни со стороны двигательной и чувствующей сферъ не удалось констатировать.

#### Опытъ съ введеніемъ кокаина.

22-го февраля 1892 г. Въ 12 ч. 30 м. Впрыснуто 0,1 *cocaini murici* подъ кожу въ водномъ растворѣ.

12 ч. 34 м. Бѣгаетъ собака безпокойно.

12 ч. 40 м. Частое дыханіе. Собака безпокойно бѣгаетъ въ разныя стороны, облизываетъ и учащенно дыша. *Оттѣнокъ замѣшательства.*

12 ч. 50 м. Очень безпокойно и испуганно мечется въ разныя стороны, бросается на полъ или вдругъ садится и испуганно глядитъ по сторонамъ. Временами быстро и съ испуганнымъ видомъ дѣлаетъ нѣсколько шаговъ назадъ.

\*

1 ч. Крайне *безпокойно* мечется въ *разныя стороны*, съ *высунутымъ краснымъ языкомъ*, съ котораго течетъ слюна, съ *растерянными* видами; затѣмъ *вдругъ останавливается*, или *вертится* къ ряду *несколько разъ* *вокругъ точки*, *вправо или влево*, или *стремительно* несется назадъ съ *огромною быстротою*.

1 ч. 10 м. Усиленно бѣгаетъ, часто назадъ, временами дѣлаетъ нѣсколько круговъ *быстрымъ галопомъ*, *чаще вправо, чѣмъ влево*; а то садится и мотаетъ головою въ обѣ стороны.

1 ч. 20 м. Тѣже явленія, но тише.

1 ч. 50 м. Поступательныя движенія назадъ продолжаются; собака *спокойнѣе*; иногда садится и производитъ *головныя* движенія то вправо, то влево.

У этой собаки съ *перерѣзанною* заднею  $\frac{1}{2}$  corporis callosi и fornicis, при *одновременномъ* разрѣзѣ *внутренняго края* правой затылочной доли, безъ особенныхъ *функциональных* разстройствъ, кокаинъ вызывалъ большое *безпокойство*, возбужденіе, испуганный видъ съ *замѣшательствомъ*, стремленіе метаться въ *разныя стороны*, мотать головою, *стремительно* бѣжать назадъ и *кромѣ* того—*быстрыя* круговыя движенія галопомъ въ обѣ стороны.

### Опытъ съ введеніемъ атропина.

25-го февраля 1892 г. въ 10 ч. 30 м. вприснуто подъ кожу 0,012 atropini sulfurici.

10 ч. 45 м. Усиленный непрерывный, жалобный лай, неуверенность походки, начинающаяся неспособность ориентироваться и выходить изъ неудобнаго положенія.

11 ч. 5 м. Громкій лай. Пугливость. Шаткая походка въ *различныхъ* направленіяхъ.

11 ч. 25 м. Явленія тѣже. Особенно сильный лай при *невозможности* выйти изъ угла.

12 ч. Лай становится все сильнѣе. Движенія по *прежнему*.

Въ этомъ случаѣ, гдѣ у собаки была *перерѣзана* задняя большая  $\frac{1}{2}$  мозолистого тѣла и сводъ, при *одновременномъ* поврежденіи *внутренняго края* правой затылочной доли, безъ *функциональных* замѣтныхъ разстройствъ, атропинизація, *кромѣ* обычныхъ явленій, сказалась *главнымъ образомъ* особенно рѣзкимъ и упорнымъ лаемъ.

Для наглядности резюмируемъ вкратцѣ вышеприведенные опыты въ таблицахъ, въ которыхъ первая графа отведена краткому изложенію предварительной мозговой операции, вторая—возникшимъ отъ послѣдней *функциональнымъ* разстройствамъ нервной системы, третья—выдающимся явленіямъ отравленія кокаиномъ и четвертая—особенностямъ отравленія атропиномъ.



Операция.	Функци. разстройства.	«Ноканнъ».	Атропинъ.
<p>I. На обѣихъ сторонахъ удалена большая часть темныхъ и нѣкоторая часть лобныхъ долей.</p>	<p>Атаксія конечностей, больше переднихъ, безцѣльное бѣганіе, стремленіе забираться въ углы. Тѣло и отверстія, ослабленіе мышечнаго чувства, нѣкоторая душевная слѣпотѣ, ослабленіе умственныхъ способностей, ослабленіе обонянія.</p>	<p>Целитическое возбужденіе, суетливостъ, усиленное бѣганіе, подѣйе — правительн. бѣгъ. то въ одну, то въ другую сторону по фигурѣ со. амкур-симотораго уменьшаются и при сильной усталости — покойное состояніе на заднихъ ногахъ и передвиженіе въ обѣ стороны передней частью тѣла на переднихъ ногахъ. Затѣмъ, при лежаніи, — такое же движеніе одною головою.</p>	<p>Понимо общихъ явленій отравленія — можно отнѣсать слабую степень раздражительности и выигрывать.</p>
<p>II. Глубокое удаленіе на правой сторонѣ всей темной доли и переднихъ 2/3 затылочной доли (также capsula interna).</p>	<p>Дѣвосторонняя душевная слѣпота, кожная и мышечная анестезія, выраженіе въ правую сторону.</p>	<p>Рѣзкое усиленіе кружовыхъ движеній, при общей картинѣ отравленія.</p>	<p>Постепенное ослабленіе наклонности къ круговымъ движеніямъ въ сторону операціи, далѣе — произвольный выборъ направленія, и наконецъ направленіе въ лѣвую, противоположную сторону.</p>
<p>III. Большая задняя часть правой темной доли и значительный отдѣлъ затылочной доли удалены въ глубинѣ почти до жёлудочка.</p>	<p>Дѣвосторонняя кожная и мышечная анестезія, нѣкоторая душевная слѣпота на лѣвый глазъ, наклонность къ круговымъ движеніямъ въ правую сторону.</p>	<p>Почесываніе правой стороны головы и уха, безпокойное кусаніе правой лапы, и періодами весьма бурная и ускоренная круговая движенія въ правую сторону какъ при стоячемъ, такъ и при лежаніи покоемъ.</p>	<p>Прекращеніе наклонности къ вращенію въ правую сторону и возстановленіе способности ходить въ выбранномъ направленіи.</p>

Операция.	Функи. разстройства.	Коканъ.	Атропинъ.
IV. Удаленіе на <i>левой</i> сторонѣ кортикальнаго центра для <i>передней</i> ноги.	Въ началѣ незначител. атаксія съ ослабленіемъ мышечнаго чувства въ <i>правой</i> передней конечности; позднѣе явленія исчезли.	Рѣзкая наклонность къ <i>эращіи</i> въ <i>левую</i> сторону.	Никакихъ особенныхъ явленій.
V. Удаленіе на <i>левой</i> сторонѣ центра для <i>задней</i> ноги.	Стойкія явленія: нѣкоторая атаксія и небольшая кожная и мышечная анестезія въ <i>правой</i> задней конечности.	Нѣкоторая наклонность къ <i>круговымъ движеніямъ</i> въ <i>левую</i> сторону.	Никакихъ особенныхъ явленій.
VI. Перерѣзка <i>правой</i> саpculae integrae.	Лѣвосторонняя душевная слѣпота, кожная и мышечная анестезія, наклонность къ <i>круговымъ движеніямъ</i> въ <i>правую</i> сторону.	Рѣзко выраженное <i>безтормозное</i> и <i>быстрое эращіе</i> въ <i>правую</i> сторону.	<i>Исчезновеніе наклонности</i> къ <i>правостороннимъ круговымъ движеніямъ</i> .
VII. Выжженъ участокъ коры въ передней части <i>правой</i> затылочной доли.	Неловкость въ <i>задней левой</i> ногѣ.	Рѣзкое <i>возбужденіе психич. и чувств. сферъ</i> . При малыхъ дозахъ—стремленіе <i>присматриваться</i> къ <i>левой</i> стороне. При большихъ дозахъ бурныя круговыя движенія галопомъ въ <i>правую</i> сторону, послѣ чего два эпиплетическихкія припадка.	Никакихъ особенныхъ разстройствъ.

Операция.	Функци. расстройства.	Кокаиинъ.	Атропинъ.
VIII. Удалена задняя $\frac{1}{2}$ правой затылочной доли.	Душевная слѣпота на лѣвый глазъ.	Сперва поворотъ головы въ правую сторону, далѣе ритмическіе повороты головы направо и лѣво вокругъ осей шеи и колебательное движеніе головы сверху внизъ, наконецъ круговыя, не быстрыя движенія въ лѣвую сторону.	Наклонность къ обращенію въ правую сторону.
IX. Горизонтальный небольшой разрѣзъ правой височной доли.	Особен. расстройства въ замѣтно было.	Стремленіе обмолчать и мизать полъ и круговыя движенія въ лѣвую сторону.	Большая раздражительность и рѣзкая наклонность къ обращенію въ лѣвую сторону.
X. Поперечная перерѣзка черезъ правую затылочную долю покрывки правой мозговой оболочки.	Рѣзкая наклонность къ круговымъ движеніямъ въ правую сторону, лѣвосторонняя кожная и мышечная анестезія, ослабленіе зрѣнія на лѣвый глазъ.	Рѣзкое психическое возбужденіе при болѣе слабыхъ дозахъ—искривленіе туловища выпуклостью влѣво съ поворотомъ головы направо; при болѣе сильныхъ дозахъ рѣзкія и частыя круговыя движенія въ правую сторону.	Почти полное исчезновеніе наклонности къ обращенію въ правую сторону.
XI. Надрѣзъ поперекъ лѣвой темной доли.	Правосторонняя кожная и мышечная анестезія съ атаксією въ правыхъ конечностяхъ; особенно задней.	Возбужденіе съ испугомъ, загибъ наклонность къ обращенію въ лѣвую сторону.	Незначит. наклонность къ круговымъ движеніямъ въ лѣвую сторону.

Операция.	Функция. разстройства.	Кокаинъ.	Атропинъ.
<p>XII. Глубокая поперечная перерѣзка <i>меато</i> популарія взади отъ <i>gurgis sigmoideus</i>, <i>conrogis callosi</i> и большихъ ганглиевъ.</p>	<p>Слабая степень душевной слѣпоты на правомъ глазѣ.</p>	<p>Стремленіе искать что-то на столѣ съ лѣвой стороны и наклонность <i>отражаться</i> въ лѣвую сторону.</p>	<p>Ничемныхъ особенныхъ явленій.</p>
<p>XIII. Поперечная перерѣзка <i>обмилъ</i> полушарій взади отъ <i>gurgis sigmoideus</i> съ сохраненіемъ <i>conrogis callosi</i> и ганглиевъ.</p>	<p>Нѣкоторая слабость (въ началѣ), больше въ заднихъ конечностяхъ.</p>	<p>Возбужденіе и раздражительность съ лаемъ, затѣмъ при покоѣ оглядываніе назадъ то въ одну, то въ другую сторону.</p>	<p>Не было опыта.</p>
<p>XIV. Продольный надрѣвъ <i>правой</i> затылочной доли по 1-й продольной бороздѣ.</p>	<p>Слабая степень душевной слѣпоты на лѣвый глазъ.</p>	<p>Порывистое чесаніе <i>правой</i> бока и уха. Испугъ и сильное возбужденіе; метаніе по комнатѣ, <i>круженіе</i> въ лѣвую сторону и <i>стремительное брѣжаніе</i> <i>впередъ</i> и <i>взадъ</i>.</p>	<p>Почти исключительно большая радость и сосредѣленность.</p>
<p>XV. Перерѣзка задней <math>\frac{1}{2}</math> <i>conrogis callosi</i>.</p>	<p>Нѣкоторая автоматичность и безтолковость.</p>	<p>Цѣлѣвая пугливость, ритмическое движеніе головы въ обѣ стороны, затѣмъ <i>оживленное бѣганіе</i> по комнатѣ.</p>	<p>Рѣдкій и слабый лай.</p>
<p>XVI. Перерѣзка задней <math>\frac{1}{2}</math> <i>conrogis callosi</i> и <i>богмисъ</i> съ поврежденіемъ внутреннего края правой затылочной доли.</p>	<p>Ничемныхъ затылочныхъ функциональных разстройствъ.</p>	<p>Сильное безпокойство, испугъ, замѣшательство, метаніе по сторонамъ, вращеніе головы, галопированіе, рѣзкое стремленіе <i>бросаться</i> <i>то впередъ, то быстро назадъ</i>.</p>	<p>Рѣдкій и укороченный лай.</p>

Вышеописанные факты по своей новизнѣ и оригинальности достаточно говорятъ сами за себя и указываютъ на то, что, посредствомъ предложеннаго нами комбинированнаго метода, можно вызывать со стороны нервной системы такія явленія, которыя представляютъ совершенно особенный, специальный интересъ и могутъ подать поводъ ко многимъ предположеніямъ и заключеніямъ. Но мы постараемся, пока воздержаться отъ такихъ выводовъ, которые потребовали бы новаго ряда, подобныхъ опытовъ въ томъ или другомъ специальномъ направленіи, и постараемся ограничиться пока тѣми, которые теперь уже напрашиваются сами собою.

1. Манежныя движенія у собакъ являются результатомъ поврежденія голодного мозга на одной сторонѣ въ большаго его отдѣловъ.

2. Направленіе манежныхъ движеній бываетъ различно, смотря по мѣсту поврежденія.

3. Манежныя движенія въ сторону поврежденія наблюдаются въ зависимости, главнымъ образомъ, отъ разстройства мышечнаго чувства и, вѣроятно, кожной чувствительности, даже если существуютъ при этомъ и другія функціональныя разстройства; при этомъ поврежденіе можетъ локализоваться въ головномъ мозгу въ любомъ мѣстѣ по тракту соответствующаго, или двигательнаго аппарата.

4. Манежныя движенія въ сторону, противоположную сторонѣ операціи развиваются при нарушеніи цѣлости отдѣловъ мозговой коры и подлежащаго бѣлаго вещества, лежащихъ въ сторонѣ отъ двигательнаго аппарата и предназначенныхъ для зрѣнія и слуха, но при условіи сохраненія движеній и мышечнаго чувства.

5. Навязчивыя ощущенія въ сферѣ любого изъ органовъ чувствъ соответствуютъ периферическимъ органамъ на сторонѣ операціи.

6. При чистомъ поврежденіи внутреннего края одной изъ затылочныхъ долей одновременно съ подлежащимъ бѣлымъ мозговымъ веществомъ, а также при подобномъ поврежденіи вмѣстѣ съ нарушеніемъ цѣлости мозолистаго тѣла и свода, развивается наклонность къ насильственнымъ наступательнымъ движеніямъ назадъ.

7. Психическія разстройства, вызванныя у собакъ по нашему комбинированному методу, могутъ представлять различія, сообразно съ локализациею поврежденій мозга.

8. Въ ряду другихъ ядовъ кокаинъ представляетъ собою подходящий агентъ, благодаря особенно сильному, возбуждающему дѣйствию на головной мозгъ, главнымъ образомъ на его кору, отражаясь на двигательной сферѣ, на чувствующей и на психической.

9. Вліяніе кокаина на существующія насильственные движенія сводятся къ ихъ усиленію.

10. Атропинъ, возбуждая, какъ мозговой ядъ, нѣкоторые отдѣлы мозга, по преимуществу чувствующую и психическую сферу, въ то же время является какъ бы антагонистомъ кокаина, не только ослабляя склонность къ насильственнымъ движеніямъ, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже извращая ихъ, давая имъ діаметрально противоположное направленіе.

11. Подкожное введеніе мозгового яда, послѣ перерѣзки или вырѣзыванія частей мозга, обнаруживаетъ скрытыя до тѣхъ поръ функціональныя разстройства.

12. Посредствомъ хирурга-токсического метода возможно изученіе патогенеза нѣкоторыхъ болѣзненныхъ разстройствъ нервной системы у человѣка.

---

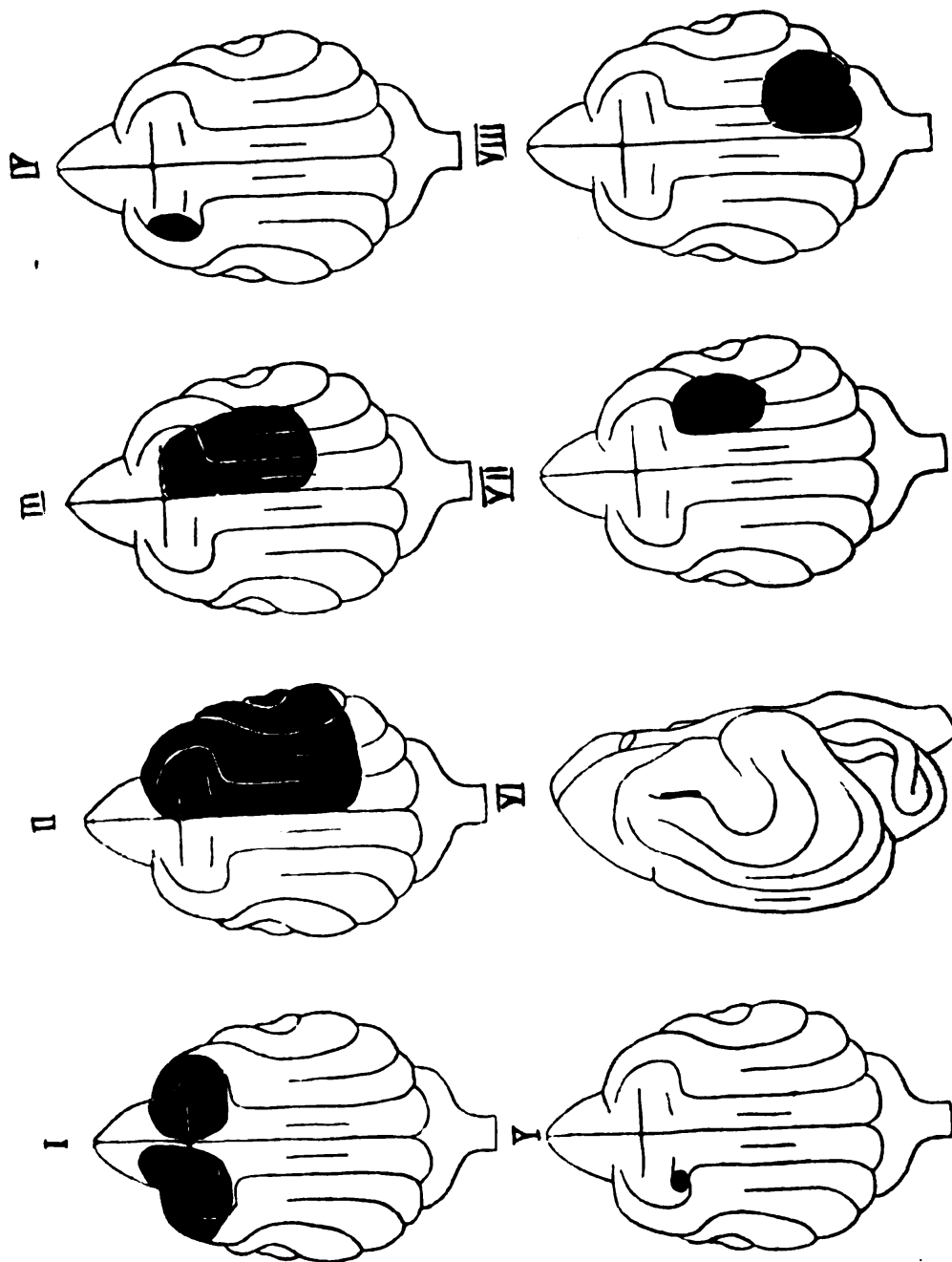
Хотя предлагаемый очеркъ указываетъ на сравнительно скромные результаты, полученные по предлагаемому методу экспериментальнаго изслѣдованія мозговыхъ функцій, тѣмъ не менѣе опредѣленность многихъ изъ нашихъ выводовъ, съ одной стороны, и богатство разнообразными явленіями при подобныхъ опытахъ—съ другой, позволяютъ намъ надѣяться, что предлагаемая нами работа, быть можетъ, облегчитъ до извѣстной степени дальнѣйшую разработку нѣкоторыхъ вопросовъ, касающихся функцій различныхъ отдѣловъ мозга, патогенеза нѣкоторыхъ болѣзненныхъ проявленій мозговой дѣятельности и точной локализациі мозговыхъ ядовъ.

Москва.

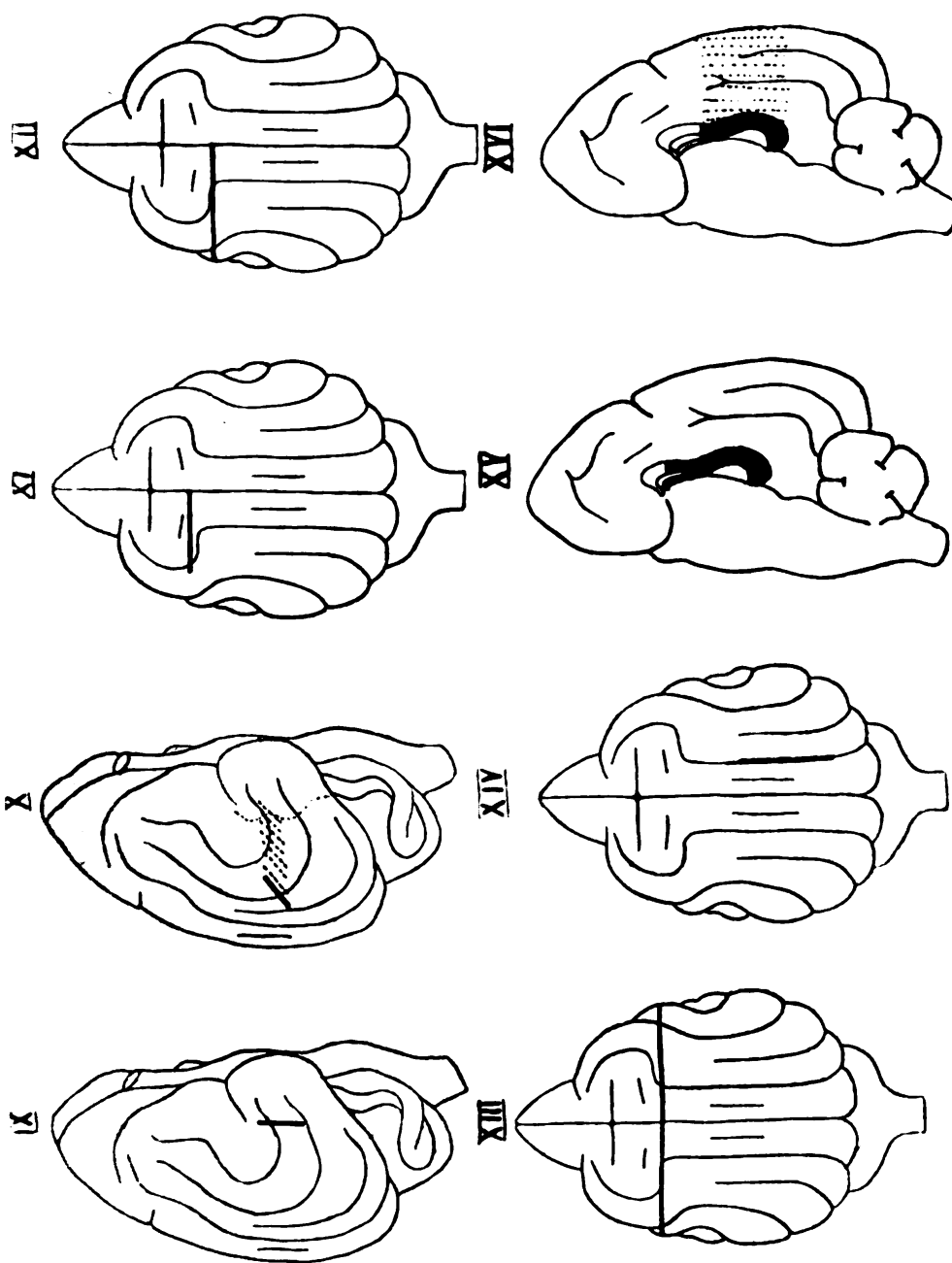
Августъ, 1893 г.

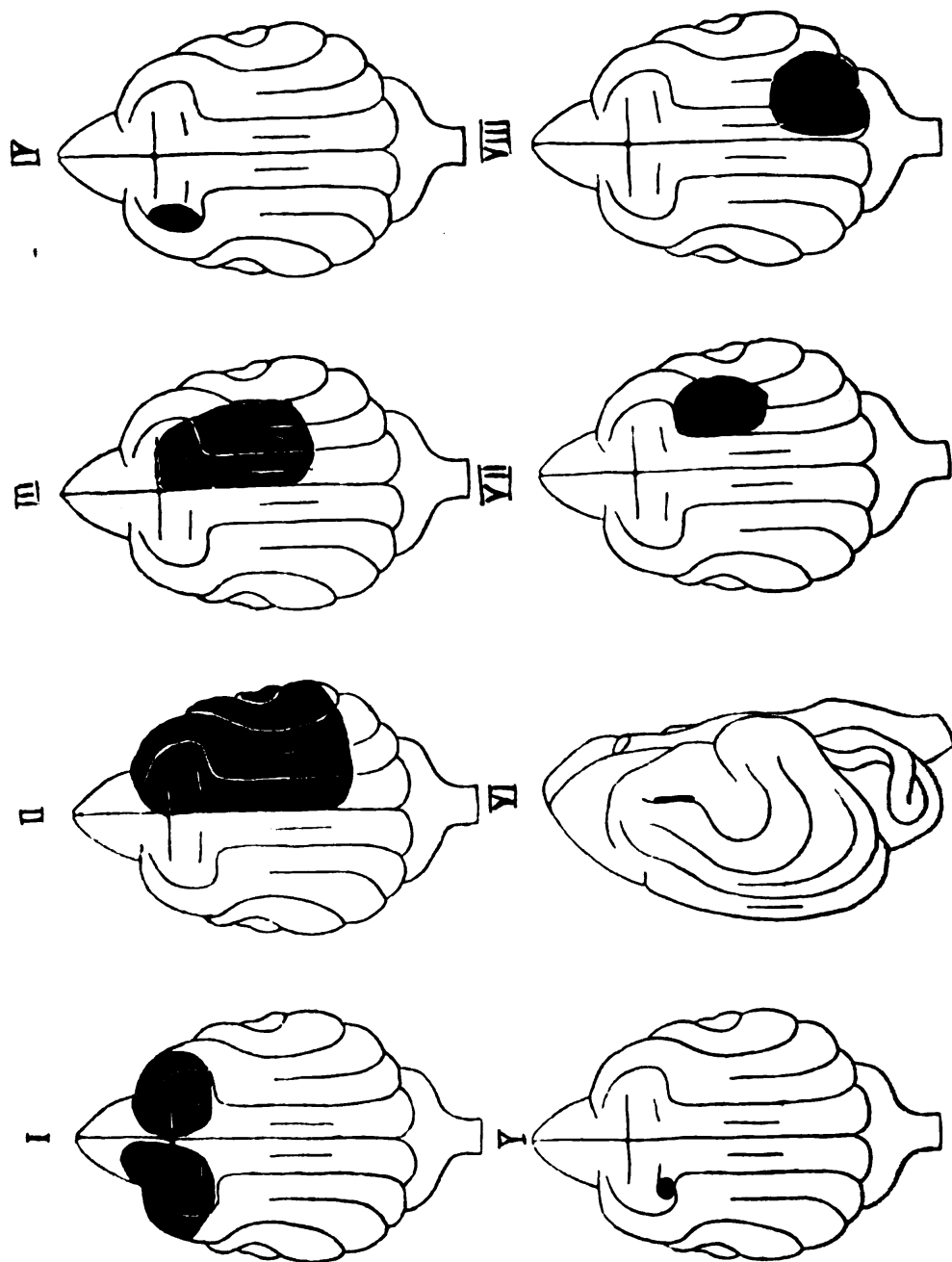
---

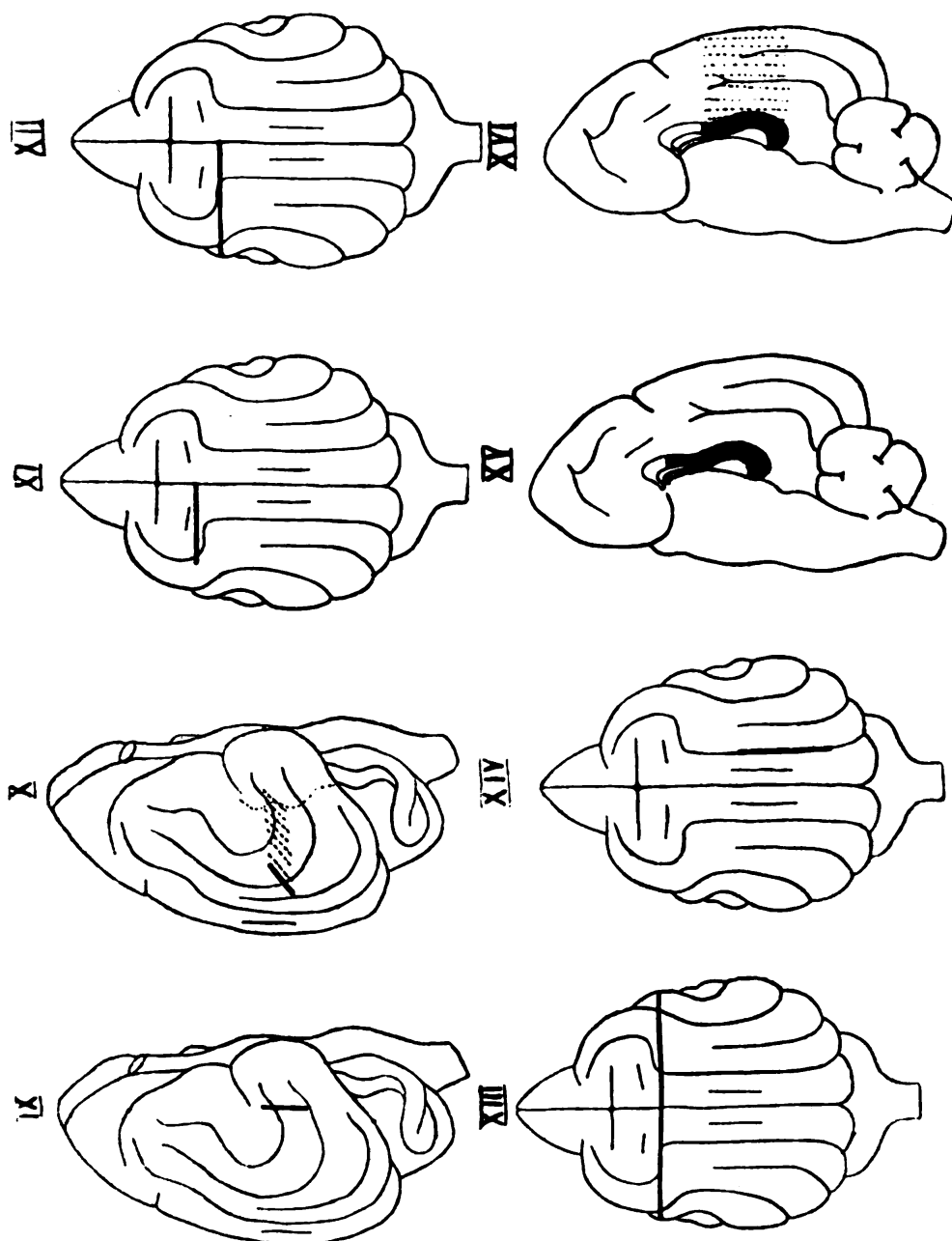














(Изъ клиники проф. П. И. Ковалевскаго).

## Къ ученію объ алкогольной параноѣ.

Д. И. Поляковъ.

Самыми частыми заболѣваніями душевной дѣятельности, подѣ влияніемъ злоупотребленія алкоголемъ, являются: бѣлая горячка, запой и ложный алкогольный прогрессивный параличъ. Но значитъ ли, что другія душевныя заболѣванія у алкоголиковъ не проявляются? Напротивъ, и другія формы душевныхъ разстройствъ у алкоголиковъ могутъ быть и бывають, только эти формы являются у нихъ значительно рѣже, чѣмъ вышеуказанныя. Въ числѣ другихъ формъ, относительно рѣдко появляющихся у алкоголиковъ, можно назвать и параною.

Во многомъ параноя алкоголиковъ напоминаетъ собою delirium tremens. При ней являются множество галлюцинацій, недовѣріе, сомнѣніе, подозрительность, т. е. тѣ же явленія, что и въ delirium tremens, только разбросанными въ теченіе болѣе продолжительнаго срока и потому выраженными не такъ напряженно. Съ другой стороны алкогольная параноя имѣетъ свою особенность, первообразъ которой видится опять таки въ delirium tremens. Обычная параноя отличается логичностью, послѣдовательностью, отчетливостью сознанія и вообще, съ формальной точки зрѣнія, явленіями правильной мыслительной сочетательной дѣятельности; при алкогольной параноѣ мы наблюдаемъ, рядомъ съ логически развивающимися бредовыми идеями, нѣкоторую спутанность сознанія и легкое замѣшательство, т. е. элементъ довольно рѣзко выраженный въ delirium tremens.

Въ другихъ отношеніяхъ алкогольная параноя отличается еще тѣмъ, что, при благопріятныхъ условіяхъ существованія даннаго лица, она почти всегда оканчивается выздоровленіемъ.

Здѣсь я приведу таковой случай алкогольной паранои, который пришлось мнѣ наблюдать въ клиникѣ проф. П. И. Ковалевскаго.

Больная Х., 40 лѣтъ, дворянка Вологодской губерніи, Великоустюжскаго уѣзда, римско-католическаго вѣроисповѣданія, поступила въ клинику проф. П. И. Ковалевскаго 20 марта 1893 г.

Status praesens. Больная роста 160 с., тѣлосложенія средняго, объемъ груди, при спокойномъ дыханіи, на уровнѣ середины грудной кости 86 сант.; вѣсъ тѣла 4 пуда; питаніе организма и количество крови недостаточное; волосы на головѣ сѣдые и довольно рѣдкіе, волосистость всего тѣла нормальна. Наибольшая окружность черепа 57 с., затылочноушная линія 29 с., лобовишняя линія 29 с., темяноушная линія 34 с., подбородочноушная линія 28 с., прямой діаметръ черепа 18 с.; кривая отъ glabella go protuberantia occip. ext. 33 с., поперечный діаметръ черепа 15 с., правый косой 16 с., лѣвый косой 16 с., діаметръ основанія черепа 12+12; діаметръ высоты черепа 14 с., продольно-поперечный показатель черепа 83,33, продольно-высотный показатель черепа 107,13 с.; высота лба 5,5 с., ширина лба 18 с., діаметръ лба 13 с., форма головы округленно-овальная; уродливостей и неправильностей черепа нѣтъ; типъ черепа, по показателю Брока, subbrachycephalic'ескій, лицо обрюзглое, осунувшееся, кожа лица блѣдная, съ землистымъ оттѣнкомъ; видимыя слизистыя оболочки анемичны; подвижность вѣкъ нормальна, страбизмовъ нѣтъ; влажность глазъ усилена; ширина зрачковъ нормальна и равномѣрна, первичная реакція ихъ нормальна, вторичная нѣсколько ослаблена; поле зрѣнія нормально, острота зрѣнія  $\frac{20}{40}$ ; свѣто-и-цвѣтоощущеніе нормально; подвижность мускуловъ лица и чувствительность кожи лица нормальна; выраженіе лица измѣнчивое: то серьезное и строгое, то плаксивое, грустное, рѣже спокойное и еще рѣже веселое, да и то всегда мимолетно; слизистая оболочка полости носа гиперемирована, языкъ суховатъ и обложенъ бѣловатымъ налетомъ; язычекъ гиперемированъ и отеченъ; мягкое небо и полость зѣва гиперемирована. Зубы грязны, коріозны, десны разрыхлены и кровоточатъ, изо рта непріятный запахъ. Вкусовыя и обонятельныя ощущенія понижены; величина и форма ушей нормальны, отоскопія ничего ненормальнаго не обнаружилъ, бой карманныхъ часовъ правымъ и лѣвымъ ухомъ больная слышитъ на разстояніи 3 метровъ; слухъ черезъ черепъ сохраненъ; область шеи ничего ненормальнаго не представляетъ; лимфатическія железы не увеличены и не болѣзненны; при перкуссіи легкихъ, тонъ вездѣ полный и ясный, а при аускультациі ясное везикулярное дыханіе, типъ дыханія смѣшанный; грудная кѣтка экскурсируетъ равномѣрно 28—29 разъ въ минуту. Границы сердца нормальны, тоны сердца чисты, ясны, слабоваты и біеніе сердца ускорено, но аритміи въ его дѣятельности нѣтъ; пульсъ лучевой артеріи слабъ, легко сжимается, 100—120 ударовъ въ минуту, артеріосклероза на височныхъ, лучевыхъ и плечевыхъ артеріяхъ не замѣтно. Температура тѣла колеблется между 37,3° и 37,7°. Верхняя граница печени по правой мамиллярной линіи на 5 ребрѣ, а по аксиллярной на 6 ребрѣ; нижняя грани-

ца печени выходитъ изъ-подъ края ложныхъ реберъ на одинъ поперечный палецъ и при перкуссии и пальпации болѣзненна, границы селезенки нормальны, кишечникъ вздутъ; частые тенезмы и поносъ разъ 10 въ сутки; испражненія жидки, слизисты, но безъ примѣси крови. Суточное количество мочи 1200 к. с., насыщенно-желтаго цвѣта, прозрачна, кислой реакціи, удѣльнаго вѣса 1024; бѣлка, сахару и желчныхъ пигментовъ не содержитъ; мочевой пузырь функционируетъ правильно, менструаций нѣтъ. Строеніе позвоночника правильное, искривленій его нѣтъ, а чувствительность при давленіи въ области 4—8 позвонковъ значительно усилена; подвижность позвоночника нормальна. Строеніе конечностей правильное, мускулатура ихъ плохо развита, вяла, дрябля и истончена, особенно на голеняхъ; мышечная сократимость подъ вліяніемъ индуктивнаго и постоянного тока нормальна. Тактильная чувствительность кожи нормальна, такъ что больная хорошо ощущаетъ легкое прикосновеніе тупымъ и острымъ концомъ булавки и правильно опредѣляетъ мѣста прикосновенія, — температурное чувство нормально; болевое чувство на подошвахъ и на пальцахъ ногъ сильно повышено, такъ что при самомъ легкомъ дотрогиваніи до этихъ мѣстъ больная вскрикиваетъ, тыльная поверхность стопъ и голени менѣе чувствительна, а на остальныхъ мѣстахъ болевое чувство нормально. При опредѣленіи чувства мѣста больная давала очень сбивчивыя показанія и одно прикосновеніе принимала за два и наоборотъ разстояніе ножекъ циркуля въ 10 сант. на предплечьяхъ и голеняхъ принимала за одно, но и эти показанія не были постоянны и часто мѣнялись. Сухожильные, осязательные и болевые рефлексы повышены, рѣзче на нижнихъ конечностяхъ, — а остальные нормальны; динамометрія правой руки 28, а лѣвой 24; потоотдѣленіе и слюноотдѣленіе нормально. Кожа блѣдна; на тыльной поверхности правой кисти находится еще свѣжій, красный рубецъ. Подкожный жирный слой развитъ слабо, кости скелета развиты правильно и періоститовъ нѣтъ. Сонъ чрезвычайно плохой, такъ что по цѣлымъ ночамъ больная не спитъ, или засыпаетъ на  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  часа и снова просыпается на 2—3 часа; аппетитъ очень плохой, часто бываютъ тошноты, рвоты и отвращеніе отъ пищи, особенно отъ мясной; субъективныя жалобы больной сводятся на упорную бессонницу, общую слабость, дурное настроеніе духа и тоску, боль въ подошвахъ и подъ лопаткой, на отсутствіе аппетита, отвращеніе къ пищѣ, плохую память и на путаницу въ мысляхъ. Характеръ боли въ ногахъ больная опредѣляетъ такимъ образомъ, какъ будто кожа на подошвахъ слѣзла и малѣйшее къ нимъ прикосновеніе вызываетъ страшную боль; но время отъ времени,  $\frac{1}{4}$  часа и до 2—3 часовъ, въ ногахъ, безъ видимой внѣшней причины, внезапно появляется сильнѣйшая острая боль въ стопахъ, отъ которой больная внезапно вскрикиваетъ, морщится и даже плачетъ, а въ ногахъ въ это время быстро появляется стягивающая судорога; такой приступъ боли длится 1—2 минуты и даже  $\frac{1}{4}$  часа; болѣзненности при надавливаніи по протяженію нервныхъ стволовъ нѣтъ. Вниманіе къ окружающей обстановкѣ сильно понижено; больная мало интересуется тѣмъ, кто и что ее окружаетъ, гдѣ она находится и что происходитъ вокругъ нея; если она и выходитъ изъ своей

комнаты и тщательно осматриваетъ окружающіе ее предметы, то это объясняется или характеромъ иллюзій и галлюцинацій, или желаніемъ отыскать въ шкапу или гдѣ нибудь подъ столомъ вино или хлораль-гидратъ.—другихъ причинъ къ болѣе близкому знакомству съ окружающими лицами и предметами у нея нѣтъ; все вниманіе ея направлено къ тому, чтобы найти эту живительную влагу и всѣ ея помыслы направлены къ тому, чтобы доказать жестокому врачу неосновательность его взгляда и выпросить вина; все остальное ее нисколько не интересуетъ и не стоитъ того, чтобы о немъ разговаривать. Способность воспріятія внѣшнихъ впечатлѣній сохранена: она воспринимаетъ звукъ, свѣтъ, разговоръ, музыку и другія внѣшнія впечатлѣнія, часто, впрочемъ, въ видѣ иллюзій. Проводимость внѣшнихъ впечатлѣній почти нормальна: больная быстро отвѣчаетъ на вопросы и съ нормальной скоростью реагируетъ на другія внѣшнія впечатлѣнія. Иллюзій и галлюцинацій очень многочисленны, разнообразны и своей назойливостью до крайности раздражаютъ больную; онѣ касаются органовъ: зрѣнія, слуха, обонянія и осязанія и въ своемъ проявленіи представляютъ довольно рѣзкую послѣдовательность и особенность; въ первую недѣлю по поступленіи въ клинику больная видѣла массу безобразныхъ рожей и мелкихъ животныхъ: пауковъ, мышей и крысъ, которыя наполняли ея комнату, всюду бѣгали и даже взбирались къ ней на кровать, подъ кофточку и даже подъ сорочку; на полу комнаты ползали лягушки и какіе то мелкіе, противные, мягкотѣлые гады съ красными головками и глазками и съ обезьяньимъ или собачьимъ выраженіемъ лица; они открываютъ рты, какъ будто просятъ ѣсть и больная бросаетъ имъ маленькіе кусочки хлѣба. Черезъ недѣлю рожи, лягушки и гады исчезли, а къ крысамъ и мышамъ присоединилась масса разноцвѣтныхъ бабочекъ, въ свою очередь черезъ 4 дня смѣнившихся цвѣтами и птицами, между которыми больше всего было попугаевъ; цвѣты на коврѣ и обояхъ красиво и рельефно складывались въ разной величинѣ букеты и гирлянды, или безпорядочно, но весьма красиво, были разсѣяны по всему полу; коробку отъ сардинъ принимаетъ за птицу, а приподнятую крышку ея за приподнятое для полета крыло, черезъ 3 дня цвѣты и птицы начали по немногу исчезать и появились разнообразныя, обыкновенно мелкія рыбки и черезъ недѣлю вмѣстѣ съ крысами и мышами наполнили всю ея комнату; но крысамъ и мышамъ также пришелъ конецъ, онѣ начали постепенно рѣдѣть и, просуществовавъ 3 недѣли со времени поступленія больной въ клинику, исчезли. На ихъ мѣсто отдѣльными экземплярами начали появляться кошки, но господствующими обитателями ея комнаты были рыбы; ихъ было такъ много, что трудно было ступить на полъ, чтобы не раздавить изъ нихъ нѣсколько рыбокъ; кромѣ того онѣ забирались въ умывальникъ и головки ихъ выглядывали изъ отверстія крана и вода воняла рыбой, забирались къ ней на кровать и даже подъ сорочку и слегка покусывали ее за тѣло,—все ея бѣлье и руки воняютъ рыбой; даже кушанье пропитано этою противной рыбною сыростью. Относительно появленія рыбъ въ ея комнатѣ больная даетъ два объясненія; первое,—что ей рыбаки принесли рано утромъ рыбу въ корзинѣ, которую поставилъ на столъ и ры-



бы изъ нея выползли и разсѣлись по всей комнатѣ; второе,—что въ комнатѣ разсѣянно множество микроскопическихъ клѣточекъ, изъ которыхъ вырастаютъ рыбки и на мѣсто раздавленной или выброшенной такимъ образомъ появляется новая. Рыбы держались довольно долго и упорно, но начали постепенно исчезать и на два дня къ нимъ присоединились различныя сатирическія рожи, съ весьма разнообразными, насмѣшливыми выраженіями; но сатирическое выраженіе каждой рожи было для нея постояннымъ и не мѣнялось въ другое выраженіе до самаго исчезновенія этой рожи; въ большинствѣ случаевъ эти рожи выходили изъ ухмыальника, а одинъ разъ оттуда вышелъ даже солидный монахъ въ широкой черной рясѣ и въ черномъ клобукѣ, сталъ перелѣ больной на голову и поднималъ ноги вверхъ. Кромѣ того появились разнообразныя мелкія летающія наѣкомыя, мухи и черви длиною въ 2 вершка и съ острымъ хвостовымъ концомъ, которымъ они просвѣрливаютъ у больной подъ ногтями ногъ ходы и лѣзутъ подъ кожей дальше; когда же они захотятъ ѣсть, то вылезаютъ оттуда тѣми же путями; все это причиняетъ ей сильнѣйшую боль; наѣкомыя также нестерпимо кусаютъ ее и все тѣло ея отъ этого сильно чешется; рыбы въ это время почти совершенно исчезли и комнату наполнили описанные черви, жуки и наѣкомыя, причину развитія которыхъ больная видитъ въ томъ, что постройка въ которой она живетъ, старая, въ комнатѣ перебывало много жильцовъ, комната содержалась не чисто, и къ тому же теперь весна и всякія букашки оживаютъ и выползаютъ изъ своихъ зимнихъ квартиръ на солнце и свѣжій воздухъ; эта группа иллюзій и галлюцинацій существовала не больше 1½ недѣли и исчезла, не оставивъ послѣ себя пріемниковъ.—Кромѣ описанныхъ у больной существовали еще иллюзій и галлюцинацій, не исчезающія за все время ея болѣзни, прошедшія весь циклъ, если такъ можно выразиться, крупныхъ галлюцинацій и имѣвшія тѣсную связь съ ея фиксированной идеей о преслѣдованіи; эти иллюзій и галлюцинацій были выражены то интензивнѣе, то слабѣе, но во всякомъ случаѣ были постоянны и, повидимому, не имѣли тѣсной логической связи съ описанными выше иллюзійми и галлюцинаційми. Больная видѣла на лицахъ окружающихъ какую то таинственность, недоброжелательность и даже враждебность по отношенію къ ней; за стѣной своей комнаты, на балконѣ и въ саду она слышитъ голоса, сговаривающіеся донести на нее прокурору за убійство ребенка и мужика; эти голоса называютъ ее вѣдьмой и угрожаютъ надѣлать ей пакости; прислуга съ ней дерзка, непослушна, подсматриваетъ за ней черезъ дверныя щели и хочетъ бросить въ нее камень; да и всѣ вообще прислуги живущихъ здѣсь лачниковъ настроены противъ нея враждебно за то, что она часто разсчитываетъ свою прислугу; въ залѣ она слышитъ голоса цѣлаго кагала жидовъ, обвиняющихъ ее въ какомъ то преступленіи, угрожающихъ устроить ей скандалъ, придѣлать се сулу и старающихся ворваться къ ней въ комнату и побить ее; прислуга перерыла все въ комодахъ, нашла какія то письма и исчезла, очевидно она отправилась къ прокурору. И, дѣйствительно, послѣ того къ ней явился кагалъ жидовъ съ жидовской княжной во главѣ, а вскорѣ прибыли губернаторъ, прокуроръ и судебный слѣдователь; они ее

допрашивали и хотѣли что то отъ нея вывѣдать и въ чемъ то обвинить. Врачъ у нея то прокуроръ, то судебный сѣлователь, то жилъ, то врачъ; а сестра милосердія обязательно жидовка, больная не можетъ ее терпѣть и безцеремонно гонять изъ комнаты. Мясо воняетъ дохлятиной. какъ будто оно цѣлый мѣсяцъ лежало и уже разложилось; лекарство на нее вліяетъ очень нехорошо, ошеломляетъ ее и послѣ него больная дѣлается какъ дура; сверхъ того оно ее возбуждаетъ и производитъ бессонницу. Въ ваннѣ она можетъ заразиться, такъ какъ тамъ купаются всѣ больные и у нея въ тѣлѣ вотъ уже и зудъ появился.—Образованіе представленій затруднено и количество ихъ ограничено почти исключительно представленіями, имѣющими тѣсную связь съ ея иллюзіями, галлюцинаціями и бредомъ, всѣ же другія представленія мыслительной области отошли на второй планъ; но въ минуты ослабленія иллюзій и галлюцинацій кругъ представленій расширяется въ большей или меньшей степени. Ходъ представленій замедленъ, но не сильно. По качеству представленія нерѣдко неясны, неотчетливы, спутанны, часто ошибочны и ложны; ассоціація представленій нарушена не рѣзко и легче всего ассоциируются представленія неспріятнаго содержанія. Насильственныхъ представленій нѣтъ, но рѣзко выражены ихъ эквивалентъ — дипсоманія и страсть къ хлораль-гидрату; побужденіе къ удовлетворенію себя виномъ настолько сильно, что больная почти постоянно требуетъ себѣ вина и хлораль-гидрата, больная неутѣшно плачетъ, умоляетъ, требуетъ, приказываетъ, угрожаетъ устроить скандалъ, повѣситься. жметъ врачу руки, строитъ глазки и пытается цѣловать ему руки, лишь бы онъ выписалъ для нея вина и хлораль-гидрата и безутѣшно плачетъ въ случаѣ отказа. Вино она пьетъ съ жадностью, даже не замѣчаетъ, что оно сильно разбавлено водой и рада уже тому, что оно пахнетъ виномъ; жизнь ей не мила безъ вина и она готова умереть хоть сейчасъ, лишь бы ей дали вина. Что ей до того, что это ядъ для нея и разрушаетъ ея организмъ, она хочетъ его, оно ее успокаиваетъ, придаетъ бодрость, улучшаетъ настроеніе духа, а тамъ что будетъ, то будетъ. Изъ фиксированныхъ представленій у больной существуетъ представленіе о преслѣдованіи ея жидами, это представленіе у нея постоянно, хотя она тщательно его скрываетъ и только во время наиболѣе сильнаго развитія иллюзій и галлюцинацій проявляетъ его во всей красѣ. Оно находится въ тѣсной связи съ дѣятельностью близкаго ей человѣка, редактора газеты, въ которой онъ постоянно преслѣдуетъ жидовъ, которые въ свою очередь преслѣдуютъ ее, чтобы косвеннымъ образомъ сдѣлать пакость ея мужу; случайное обстоятельство, что одинъ психически больной выстрѣлилъ въ ея мужа въ помѣщеніи редакціи, больная ставитъ въ тѣсную связь съ преслѣдованіемъ ихъ жидами; это такъ сильно укоренилось въ ея мыслительной области и такъ рельефно обрисовалось, что когда уже всѣ болѣзненные явленія совершенно исчезли, когда уже не было и намѣка на присутствіе иллюзій или галлюцинацій и больная разуждала вполне логично, то и тогда это представленіе еще существовало, хотя и въ измѣненной редакціи. Больная сознала, что все это было болѣзненное, вѣрила, что жида къ ней не приходили и ни въ

чемъ ее не обвиняли,—съ допросомъ къ ней никто не являлся и всѣ эти жиры, прокуроры, страхъ еѣ setega были плодомъ ея болѣзненно измѣненной мыслительной области; тѣмъ не менѣе она все таки полагала, что жиры къ ея мужу относятся враждебно, преслѣдуютъ его и слѣлаютъ ему зло. Способность запоминанія и припоминанія ослаблены. Сознаніе окружающей обстановки очень смутное и неясное: больной кажется, что она то въ Парижѣ, то въ Лондонѣ, то въ гостинницѣ, то дома, то она на дачѣ, то въ больницѣ,—ее окружаютъ то врачи, то сотрудники ея мужа, то знакомыя, то незнакомыя лица; впрочемъ, по временамъ сознаніе значительно и на долго проясняется. Сужденія и заключенія въ большинствѣ случаевъ неправильны, сбивчивы, неустойчивы и часто ложны. Настроеніе духа почти постоянно мрачное; больная грустна, раздражительна, плачетъ, тоскуетъ, жалуется на свою несчастную судьбу и проситъ у Бога смерти. Въ такое время у нея обыкновенно бываетъ усиленный позывъ къ вину и хлораль-гидрату; но если эта жажла стихаетъ, то больная на 1, 4—2 часа успокаивается, дѣлается веселѣе и даже шутитъ и смѣется; это наблюдается обыкновенно днемъ до 4 часовъ пополудни,—съ этого же времени и до 7—8 часовъ утра настроеніе духа всегда ужасное, если она, конечно, ночью не спитъ. Поступки больной часто странны и нелѣпы и находятся въ зависимости отъ бреда, иллюзій и галлюцинацій; такъ напр., больная часто осматриваетъ свою постель, встряхиваетъ одѣяло, безцеремонно при врачѣ растегиваетъ кофточку и засматриваетъ за пазуху, такъ какъ туда полезла крыса или мышь; неожиданно проситъ васъ встать со стула, такъ какъ изъ подъ васъ полезла крыса; что то бережно собираетъ съ одѣяла и сбрасываетъ на полъ, или въ умывальникъ.—это она бросаетъ рыбокъ; безчисленное число разъ обмываетъ руки одеколономъ, такъ какъ онѣ воняютъ рыбой; снимаетъ съ себя бѣлье и остается, какъ Ева, а бѣлье приказываетъ отнести въ ванную или сама бросаетъ его въ умывальникъ или пудеръ-кюветъ, такъ какъ въ бѣльѣ масса черней и наѣдкомыхъ; ходитъ осторожно, медленно и постоянно смотреть подъ ноги отчасти вслѣдствіе слабости и боли въ ногахъ, отчасти же изъ боязни наступить на лягушку, рыбку, или вслѣдствіе нежеланія топтать цѣфты; цѣлый часъ топчется по комнатѣ и по десяти разъ засматриваетъ подъ кровать, диванъ, подъ стулья и во всѣ углы, такъ какъ ищетъ тамъ бутылку вина и баночку съ хлораль-гидратомъ; закутывается съ головой подъ одѣяло и лежитъ чуть дыша, такъ какъ слышитъ угрозы жиловъ, старающихся ворваться къ ней въ комнату и побить ее, и вотъ она прячется отъ нихъ и т. д. Рѣчь больной медленная и тихая, часто недостаточно логичная и послѣдовательная; больная ничего не пишетъ, не читаетъ, а больше лежитъ на кровати и плачетъ, жалуясь на тоску и на боли въ ногахъ, или разговариваетъ съ сидѣлкой на тему своего бреда и галлюцинацій, часто отдастъ различныя хозяйственныя распоряженія относительно базара и кухни, какъ будто она находится дома. Къ окружающей обстановкѣ и къ самой себѣ она относится индифферентно; единственная забота о себѣ выражается въ удовольствіи себя виномъ и хлораль-гидратомъ; къ окружающимъ относится миролюбиво,—хотя за вино часто

ссорится съ врачомъ и сестрой милосердія и угрожаетъ имъ устроить скандалъ, но дальше угрозъ дѣло ни разу не пошло.

Anamnesis. Отецъ и мать больной, а также ближайшіе ея родственники, повидимому, никакими нервными или душевными болѣзнями не страдали, хотя отецъ любилъ иногда покурить въ хорошей компаніи; мать же только иногда пила немного вина; родители ея въ родствѣ не состояли и разница въ ихъ лѣтахъ была не больше 3—4 лѣтъ; родилась больная приблизительно въ то время, когда матери было 21—22 года, а отцу 25—26 лѣтъ. Отецъ больной умеръ отъ чахотки 33 лѣтъ, а мать отъ рака не то матки, не то желудка, 38 лѣтъ; одна родная сестра, два двоюродныхъ брата и одинъ двоюродный дядя умерли отъ чахотки, одна тетка отъ удара, а другая отъ рака, маленькій братъ больной упалъ со стула, ударился головой о печку и черезъ 1½ сутокъ умеръ; золотухи въ ихъ фамиліи не было, въ физическомъ и умственномъ отношеніи больная похожа на мать, а чертами лица на отца. Въ дѣтствѣ она была очень болѣзненна, а въ 8 лѣтъ перенесла возвратную горячку. Въ 10 лѣтъ она перенесла скарлатину. Послѣ этого до послѣдняго времени она была хорошаго здоровья, ничѣмъ серьезнымъ не болѣла и простуды не знала. Воспитывалась она при католическомъ монастырѣ, была всегда весела, рѣзва и потѣшала всѣхъ монахинь; тѣлесное и умственное развитіе ея шло равномерно и своевременно и умственные способности были хороши; менструаціи впервые наступили 15—16 лѣтъ безъ всякихъ тѣлесныхъ и психическихъ болѣзненныхъ явленій. Въ возмужаломъ возрастѣ тѣлосложеніе ея было крѣпкое, мѣсячныя были всегда правильны, появлялись черезъ мѣсяцъ, длились одну недѣлю и бывали обильны, но безъ всякихъ болѣзненныхъ явленій; два года тому назадъ больная простудилась, мѣсячныя начали появляться черезъ 2—3 мѣсяца и длиться 2—3 дня и скудны. Черезъ 1½ года послѣ замужества больная забеременѣла и родила своевременно, но на другой день ребенокъ умеръ; больше беременности у нея не было. Лѣтъ 19 тому назадъ, у нея 1—2 раза въ мѣсяцъ, а иногда одинъ разъ въ 2—3 мѣсяца начала появляться истерика, характеръ ея, и безъ того неровный, въ это время дѣлался невыносимымъ и настроеніе духа очень измѣнчивымъ; непосредственнымъ толчкомъ для истерики служила обыкновенно ссора съ мужемъ и чаще всего изъ-за ревности, при чемъ все это сопровождалось плачемъ, смѣхомъ, упреками, угрозами, обморокомъ, судорожными подергиваніями въ тѣлѣ, общей слабостью, послѣдующимъ угнетеннымъ состояніемъ и сномъ; во время припадка бывала и потеря сознания. Вслѣдствіе довольно различныхъ взглядовъ, убѣжденій и образа жизни мужа и жены, жена сидѣла дома, что давало широкое поле для всевозможныхъ подозрѣній и недоразумѣній между супругами, при чемъ сцены и истерики начали появляться все чаще и чаще. Больная начала читать всю ночь на пролетъ, а днемъ спать; скоро у нея развились сильнѣйшая тоска, слезливость, бессонница и приступы мигрени; больная начала пить вино все больше и больше, нервы разстраивались все сильнѣе и сильнѣе и она начала себя успокаивать хлоральгидратомъ. Одно время ея нервное расстройство дошло до крайнихъ

предѣловъ и больная выпила сѣрную кислоту, простоявшую, впрочемъ, всю зиму на окнѣ и уже достаточно разведенную, а потому дѣло обошлось довольно благополучно. Но условія жизни нисколько не измѣнились, больная все чаще и чаще начала злоупотреблять виномъ и хлораль-гидратомъ, суточные приемы котораго доходили до  $\frac{1}{2}$  унца; явились раздражительность, тоска, плаксивость, бессонница или сонъ съ массою сновидѣній и тревожный; въ концѣ ноября 1892 г. все это было рѣзко выражено, а 20-го марта 1893 г. она поступила въ клинику съ описанными явленіями.

Такимъ образомъ мы имѣемъ наследственно-неустойчивую и сверхъ того жизненными невзгодами подорванную нервную систему; вымирающая въ молодыхъ годахъ отъ чахотки и раковыхъ поражений, фамилія, естественно, не могла дать потомкамъ мощную нервную систему, а отецъ больной къ тому же любилъ выпить, хотя и въ хорошей компаніи; попытка же со стороны больной продолжить свой родъ ограничилась единственными родами, да и то такъ неудачно.

Послѣдующая жизнь больной складывается такимъ образомъ, что ей приходится переносить много жизненныхъ невгодъ, матеріальныхъ лишеній и нравственныхъ волненій, доведшихъ ее до нейрастеніи; дальше дѣло пошло къ вину, дипсоманіи и закончилось психозомъ. Алкоголь постепенно произвелъ измѣненія въ строеніи и функціи и безъ того неустойчивой нервной системы, при чемъ во время приступа дипсоманіи у нея развились характерныя явленія бреда преслѣдованія на ряду съ явленіями *delirii tremetis*.

Въ данномъ случаѣ мы имѣемъ явленія *delirii tremetis* и бреда преслѣдованія совмѣстно, но независимо, — что не представляетъ большой рѣдкости, такъ какъ взаимная связь ихъ очень тѣсная, ибо и та и другая болѣзнь развились подъ вліяніемъ алкоголя и дипсоманіи. И въ самомъ дѣлѣ, почти всѣ новѣйшіе психіатры пришли къ тому убѣжденію, что дипсоманія есть психозъ импульсивный и равнозначущъ насильственнымъ представленіямъ и побужденіямъ къ убійству, самоубійству, поджогу, воровству и т. д. Сюда относятся мнѣнія Ковалевскаго, Esquirol'я, Morel'я, Шюле, Krafft-Ebinga, Rose, Pagonéta, Legrand du Saullе и многихъ другихъ. Если это такъ, то вполне естественно въ дальнѣйшемъ дипсоману перейти въ параною, какъ насильственные представленія, переходя въ

фиксированныя, даютъ картину параной. Въ числѣ причинъ для развитія параной упоминается и пьянство, а въ числѣ ошибочныхъ и ложныхъ представлений при алкоголизмѣ—бредъ преслѣдованія, и это не случайно, а вполне законно. Если же такіе переходы дипсоманіи параною встрѣчаются не очень часто, то это зависитъ, вѣроятно, отъ спеціальнаго, такъ сказать, разрушительнаго вліянія алкоголя на нервную систему, успѣвающаго измѣнить нервныя элементы мозга въ другую сторону прежде, чѣмъ прежняя основа болѣзни перейдетъ отъ дипсоманіи къ параноѣ.

Маньякъ говоритъ, что жировое перерожденіе нервныхъ элементовъ, подъ вліяніемъ алкоголя, ведетъ къ слабоумію, а развитіе соединительной ткани къ прогрессивному параличу; въ данномъ случаѣ нѣтъ ни слабоумія, ни прогрессивнаго паралича; очевидно, здѣсь дѣло не дошло до рѣзкихъ органическихъ измѣненій.

Данный приступъ окончился благополучно, но будущее этой больной нельзя признать хорошимъ, такъ какъ приступы дипсоманіи, вѣроятно, не замедлятъ повториться и повлечъ за собою болѣе плохія послѣдствія.

---

James Cowles Prichard.  
**Moral insanity.**

ПЕРЕВОДЪ

**Я. Я. Трутовскаго,**

ассистента при кафедрѣ нервныхъ и душевныхъ болѣзней.

Moral insanity состоитъ въ болѣзненномъ извращеніи чувствъ, влеченій и дѣятельныхъ силъ; она существуетъ вмѣстѣ съ совершенно неизмѣненнымъ состояніемъ умственныхъ способностей. Существуетъ много живущихъ на свободѣ людей, которые до извѣстной степени страдаютъ измѣненіемъ нравственности. Они оказываются лицами съ особеннымъ, капризнымъ и эксцентричнымъ характеромъ. Въ ихъ дѣйствіяхъ и привычкахъ часто усматривается нѣчто такое, что невольно возбуждаетъ сомнѣніе въ здравомыслии. Въ ихъ семействахъ можно найти наследственное стремленіе къ сумашествію; родственники такихъ лицъ, часто страдаютъ различными другими болѣзнями мозга. Самъ такой человѣкъ уже въ первый, ранній, періодъ жизни, можетъ имѣть приступъ душевной болѣзни какого-нибудь опредѣленнаго характера. Его характеръ и склонности съ теченіемъ времени измѣняются, но это измѣненіе нельзя связать съ опредѣленнымъ періодомъ жизни; чаще всего пере-

---

При изложеніи ученія о нравственномъ помѣшательствѣ каждому приходится ссылаться на сочиненіе Prichard'a по этому вопросу. Между тѣмъ это сочиненіе очень многимъ недоступно уже потому, что оно составляетъ библиографическую рѣдкость. Вотъ почему я считаю не лишнимъ выпустить въ переводѣ ту главу сочиненія Prichard'a «Treatise on insanity, 1835», гдѣ онъ говоритъ о Moral insanity.

*Я. Трутовскій.*

мѣны эти совпадаютъ или съ глубоко поразившими его превратностями судьбы, или со смертью любимыхъ родственниковъ. Въ другихъ случаяхъ измѣненіе характера такого человѣка слѣдуетъ непосредственно за тяжелымъ потрясеніемъ его физической природы. Болѣзнь, поразившая голову, приступъ паралича, припадокъ эпилепсии, какое нибудь лихорадочное или воспалительное заболѣваніе—все это можетъ влечь за собой измѣненія привычнаго состоянія здоровья. Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ измѣненіе темперамента и привычекъ бываетъ постепеннымъ и незамѣтнымъ и состоитъ лишь въ экзальтаціи или въ возрастаніи числа такихъ особенностей, которыя для этого человѣка были всегда болѣе или менѣе естественны. Многія лица въ этомъ состояніи годами бываютъ для своихъ родственниковъ и друзей источникомъ заботъ и опасеній. Такой человѣкъ вполнѣ подчиняется своимъ влеченіямъ; имъ овладѣваютъ все новые и новые планы, но онъ ихъ скоро бросаетъ, благодаря своимъ постояннымъ капризамъ и причудамъ. Наконецъ, полное извращеніе ихъ чувствъ, непріязнь и даже отвращеніе къ самымъ близкимъ лицамъ возбуждаютъ большое безпокойство. Когда же такому измѣненію нравственности подвергается глава семейства, то приходится примѣнять мѣры стѣсненія, чтобы воспрепятствовать рѣшительному разоренію семьи, благодаря его нелѣпымъ порывамъ и безчисленнымъ планамъ и спекуляціямъ. Законы для такихъ людей неодинаково предусмотрительны и ихъ защита часто бываетъ недостаточной. Если дѣло переносятъ на судъ, то такой человѣкъ даетъ вполнѣ удовлетворительные отвѣты на предлагаемые вопросы и, такъ какъ не представляетъ особеннаго умственнаго разстройства, освобождается отъ слѣдствія. Лица, страдающія этимъ разстройствомъ, совершенно способны различными доводами поддерживать предметъ,



не выходящій изъ области ихъ знанія; они даже обнаруживаютъ большое остроуміе при подыскиванні доводовъ для эксцентричностей своего поведения и для оправданія того состоянія нравственнаго чувства, подъ влияніемъ котораго они находятся. Въ одномъ только отношеніи ихъ умственныя способности могутъ быть названы нездоровыми: они думаютъ и дѣйствуютъ подъ влияніемъ сильно возбужденныхъ чувствъ; при такомъ состояніи и люди, признанные вполне здравомыслящими, часто бываютъ подвержены ошибкамъ и въ сужденіи и въ поведеніи. Я уже имѣлъ случай замѣтить, что существованіе moral insanity, какъ отдѣльной формы душевнаго расстройства, было указано Pinel'емъ. Слѣдующій случай, приведенный этимъ писателемъ, очень характеристиченъ. Pinel называетъ это страданіе «*emportement maniaque sans delire*». «Сынъ слабой и снисходительной матери подчиняется каждому капризу и страсти, къ которымъ такъ склоненъ его невоспитанный и буйный темпераментъ. Горячность его накапливается и возрастаетъ съ годами. Деньги, которыми онъ въ изобилии снабжается, устраняютъ всякое препятствіе для удовлетворенія его дикихъ желаній. Всякое противодѣйствіе вызываетъ въ немъ приступы буйства. Онъ набрасывается на противника съ яростью дикаго; хочетъ властвовать силою и постоянно впутывается въ ссоры и несогласія. Если собака, лошадь или какое либо другое животное его касается, онъ сейчасъ же приговариваетъ его къ смерти. Если онъ идетъ на праздникъ или на какое либо собраніе, то можно быть убѣжденнымъ, что онъ возбудитъ такія ссоры и несогласія, которыя закончатся настоящимъ кулачнымъ боемъ, и онъ обыкновенно оставляетъ сцену съ окровавленнымъ носомъ. Этотъ буйный юноша, когда онъ не во власти страсти, обладаетъ вполне здравымъ суж-

деніемъ. Достигнувши совершеннolѣтія, онъ вступаетъ во владѣніе обширнымъ помѣстьемъ. Онъ оказывается вполне компетентнымъ въ управленіи своимъ имуществомъ, а также и въ исполненіи своихъ родственныхъ обязанностей, и даже совершаетъ акты благотворительности и благодѣянія. Повреждения, судебныя преслѣдованія и денежныя взысканія обыкновенно являются слѣдствіемъ его несчастной склонности къ ссорамъ. Но актъ, всѣмъ извѣстный, кладетъ конецъ его буйной карьерѣ. Взбѣшенный женщиной, которая по отношенію къ нему употребила оскорбительное выраженіе, онъ бросилъ ее въ колодезь. Обвиненіе было предъявлено противъ него и, въ виду многочисленныхъ свидѣтельскихъ показаній, изъ которыхъ вполне выяснилось его буйное поведение, онъ осужденъ на постоянное заключеніе въ Bicêtre'ѣ».

Многіе другіе писатели приводятъ достаточно убѣдительныя доказательства существованія moral insanity, хотя обозначаютъ его мало опредѣленными терминами. Слѣдующія замѣчанія М. Esquirol'я доказываютъ, что этотъ писатель, на основаніи своего обширнаго опыта, пришелъ къ тому же мнѣнію, какъ и Pinel. Онъ разсматриваетъ извращенное состояніе нравственнаго чувства столь же существеннымъ для сумасшества, какъ и измѣненіе умственныхъ способностей, и иллюстрируетъ это разстройство нѣкоторыми примѣрами.

«Одинъ душевно больной питаетъ отвращеніе къ наиболѣе дорогимъ для него лицамъ, ругаетъ ихъ, дурно обращается съ ними, избѣгаетъ ихъ, вслѣдствіе своего недовѣрія, своей подозрительности и своего страха. Предубѣжденный противъ всякой вещи, онъ ея боится. Мало исключеній изъ этого общаго правила, исключеній, сохраняющихъ любовь къ своимъ родственникамъ и друзьямъ; но чувство привязанности, которое иногда бываетъ чрезмѣрнымъ, остается вмѣстѣ съ довѣріемъ

къ тѣмъ лицамъ, которыя передъ началомъ болѣзни направляли мысли и дѣйствія больного. Меланхоликъ, который былъ сильно привязанъ къ своей женѣ, глухъ къ ея совѣтамъ и убѣжденіямъ. Сынъ посвящаетъ свою жизнь отцу, но, вопреки желаніямъ послѣдняго, не дѣлаетъ ни малѣйшей попытки, чтобы преодолѣть болѣзненное влеченіе, которое причиняетъ ему столько горя.

«Это нравственное отчужденіе такъ постоянно», говоритъ М. Esquirol, «можетъ являться характернымъ признакомъ для даннаго умственнаго разстройства. Есть душевно больные, у которыхъ очень трудно открыть какой нибудь слѣдъ галлюцинаціи, но нѣтъ ни одного, у котораго страсти и нравственныя наклонности не были бы разстроены и извращены. Въ этомъ нѣтъ исключеній». «При возвращеніи нормальнаго состоянія и моральныхъ чувствъ, говоритъ тотъ же писатель, желаніе видѣть своихъ дѣтей и друзей, слезы, желаніе открыть свое сердце и возвратиться въ лоно семьи даетъ указаніе на излеченіе; противоположныя же склонности говорили бы или за продолжающуюся болѣзнь, или за угрожающее распаденіе. Исчезновеніе галлюцинацій только тогда является признакомъ выздоровленія, когда пациентъ возвращается къ своимъ обычнымъ чувствамъ.

Я буду имѣть случай впослѣдствіи цитировать мнѣніе этого превосходнаго наблюдателя относительно существованія формы умственнаго разстройства, которая подходитъ подъ опредѣленіе «moral insanity». М. Georget описалъ болѣзненное состояніе чувствъ, склонностей и привычекъ, какъ особенный видъ сумашествія. Онъ наблюдалъ, «что лица, предрасположенныя къ душевному заболѣванію ошибками воспитанія или предшествующими приступами въ теченіе долгого времени, а иногда и цѣлую жизнь, привлекали вниманіе капризами своего поведенія, эксцентричностью своихъ манеръ

и склонностью къ фантастическимъ планамъ, соединенной съ сильной неспособностью къ изученію точныхъ наукъ.

«Эти лица, продолжаетъ тотъ же писатель, отличаются оригинальностью мнѣній и поведения, скоропроходящими взрывами ума и остроумія, которые слишкомъ рѣзко противорѣчатъ ихъ привычному состоянию ничтожества и монотонности; они характеризуются легкомыслиемъ, слабостью сужденія и недостаткомъ связи въ разсужденіяхъ. Нѣкоторые изъ нихъ умны, жаждутъ взять на себя всякое дѣло и способны сами примѣнить кое что изъ своихъ знаній; другіе экстравагантны, чрезвычайно подвижны и измѣнчивы въ своихъ мнѣніяхъ и чувствахъ; многіе—способны, раздражительны, холеричны и страстны; нѣкоторые руководятся безграничною спѣсью и гордостью, а кое-кто подверженъ предсердечной тоскѣ и паническому страху». Хотя М. Georget описываетъ это болѣзненное состояніе, какъ первый стадій или инкубацію сумасшествія, но онъ самъ говоритъ, что это состояніе часто остается въ теченіи всей жизни. Этотъ взглядъ вполне соответствуетъ дѣйствительному существованію разстройства, описаннаго, какъ особый видъ сумасшествия. Существуютъ, дѣйствительно, многочисленные примѣры, въ которыхъ явленія, подобныя явленіямъ инкубационнаго періода, остаются очень долго, быть можетъ, и до конца жизни; иногда они удерживаютъ свой двусмысленный и неопредѣленный характеръ, иногда становятся болѣе тяжелыми, образуя переходъ въ ту форму сумасшествия, которая сопровождается иллюзіями и рѣзко замѣтными разстройствами умственныхъ способностей.

Терминъ, обозначающій эту болѣзнь, не ограничивается только случаями, которые характеризуются неестественнымъ возбужденіемъ темперамента и ума. Суще-

ствуется очень много другихъ видовъ умственного разстройства, которые подходятъ подъ тоже подраздѣленіе. Дѣйствительно, разновидности нравственнаго помѣшательства также многочисленны, какъ видоизмѣненія чувствъ и страстей въ человѣческой душѣ. Наболѣе частыя формы тѣ, которыя характеризуются или состояніемъ возбужденія или противоположнымъ ему состояніемъ меланхолической подавленности. Въ однихъ случаяхъ эти состоянія—постоянны; въ другихъ они измѣняются и замѣщаютъ другъ друга: одно болѣзненное состояніе часто остается извѣстное время, затѣмъ уступаетъ мѣсто противоположному состоянію темперамента и чувства. Преобладающій характеръ разстройства иногда зависитъ отъ конституціональнаго предрасположенія человѣка; но существуютъ случаи, гдѣ онъ рѣзко отличается отъ своего первоначальнаго типа: живыя и веселыя лица дѣлаются угнетенными.

Значительную долю между болѣе рѣзкими случаями нравственнаго помѣшательства составляютъ тѣ, у которыхъ расположеніе къ тоскѣ и унынію составляетъ болѣе рѣзкую черту. Если подобная склонность души у человѣка обычна и сравнительно ничтожна, то она не составляетъ сумашествія; но почти невозможно опредѣлить границу, отмѣчающую переходъ отъ предрасположенія къ болѣзни. Разумъ не слабѣетъ, но постоянное чувство тоски и грусти помрачаетъ всѣ перспективы жизни. Человѣкъ, окруженный жизненнымъ комфортомъ, не страдая внутреннимъ безпокойствомъ и не входя въ противорѣчіе ни съ самимъ собой, ни съ Богомъ, становится грустнымъ и печальнымъ. Все въ настоящемъ и въ будущемъ съ его точки зрѣнія покрыто ужаснымъ и безнадежнымъ мракомъ. Эта склонность къ болѣзненной тоскѣ и къ меланхоліи, хотя и не затрагиваетъ сознанія съ самаго начала, подвергается контролю этого послѣдняго и, въ-

роятно, получаетъ особенный характеръ въ зависимости отъ предыдущаго умственнаго состоянія человѣка, отъ его воспитанія, его религіозныхъ и не религіозныхъ воззрѣній. Лица съ большимъ умомъ въ моменты такого страданія жалуются съ тоской и грустью на неспособность къ исполненію ими дѣйствительныхъ жизненныхъ обязанностей; часто они чувствуютъ ужасъ существованія, побуждающій ихъ совершить самоубійство, или какое-нибудь другое ужасное преступленіе. Такая идея преслѣдуетъ ихъ и внушаетъ имъ страхъ за свое существованіе. Подобное состояніе проходитъ и такіе случаи часто оканчиваются выздоровленіемъ. Лица противоположнаго характера сами доходятъ до *taedium vitae*, до мрачнаго разстройства самочувствія; они питаютъ отвращеніе къ своему собственному существованію и, если не встрѣтятъ препятствія, кончаютъ жизнь самоубійствомъ. Случается, что состояніе тоски и меланхолической подавленности чрезъ различный промежутокъ времени уступаетъ мѣсто противоположному состоянію неестественнаго возбужденія; въ другихъ случаяхъ это послѣднее составляетъ первичное свойство болѣзни. Лица при такомъ состояніи всегда въ возвышенномъ настроеніи, дѣятельны и бодры, полны проэктовъ и предпріятій. Это настроеніе у многихъ лицъ до извѣстной степени естественно; но въ случаяхъ *moral insanity* оно выше границы естественной разновидности характера.

При этой формѣ разстроенное состояніе ума выражается недостаткомъ самообладанія, постояннымъ возбужденіемъ, необычнымъ проявленіемъ сильныхъ чувствъ, нелѣпымъ и экстравагантнымъ поведеніемъ.

Женщина скромная и осторожная дѣлается наглою и грубой въ своихъ манерахъ, разговорахъ, стремительной, говоритъ шумно и излишне много относительно своихъ, прежде совершенно ей чуждыхъ, родственниковъ и

опекуновъ. Иногда употребляетъ неприличныя выраженія и обнаруживаетъ неприличныя мысли и чувства. Часто такія лица дѣлаются пьяницами: они имѣютъ неудержимое влеченіе къ отравляющимъ жидкостямъ. За распутствомъ слѣдуетъ буйное помѣшательство, въ теченіе котораго такихъ больныхъ безусловно необходимо держать въ заключеніи. Въ пріютахъ часто можно видѣть людей, помѣщенныхъ при выше-указанныхъ обстоятельствахъ. По прошествіи приступа, такіе больные требуютъ своего освобожденія и, если его получаютъ, снова возвращаются къ прежнимъ своимъ эксцессамъ, хотя и знаютъ объ ожидающихъ ихъ послѣдствіяхъ.

Умственное возбужденіе при этой болѣзни связывается съ религиозными чувствами и часто бываетъ тогда, когда періоду возбужденія предшествуетъ періодъ меланхолии, сопровождавшійся подавленностью и тоскою съ бредовыми идеями религиознаго характера. Лицо, которое долго страдало подѣ влияніемъ чувства осужденія и уничтоженія, когда всѣ источники надежды казались изсякшими, вдругъ переходитъ отъ одной крайности къ другой; всѣ его чувства разомъ мѣняются, онъ питаетъ чувство живой радости въ созерцаніи путей Провидѣнія, радости, которая можетъ доходить иногда до восторга и экстаза. Такая переменѣна встрѣчается родственниками челоуѣка, если они религиозные и набожные люди, за счастливый переходъ отъ состоянія религиозной нищеты къ душевному миру; но степень возбужденія такъ велика, выраженіе счастья такъ усилено, что долго не можетъ поддерживать заблужденія. Признаки спѣси и высокомерія, равно и буйное возбужденіе, скоро исчезаютъ и обнаруживается настоящая природа случая: она ясно обнаруживается эгоизмомъ, недостаткомъ естественныхъ чувствъ, измѣнчивостью настроенія и неправильностью умствен-

ныхъ привычекъ человѣка. Въ случаяхъ, о которыхъ я теперь упомянулъ, небыло вводящаго въ заблужденіе факта; столь характерное страданіе не подходитъ подъ терминъ *moral insanity*. Болѣзненные явленія при этой болѣзни касаются только состоянія чувствъ и настроенія духа, темперамента, неестественно возбужденныхъ чувствъ надежды и страха и тѣхъ результатовъ, которые подъ влияніемъ всего этого получаютъ въ умственномъ сложеніи.

Кромѣ того, самый обыкновенный видъ *moral insanity*, который обнаруживаетъ себя болѣзненной подавленностью и возбужденіемъ, особенно замѣтенъ, благодаря преобладанію такихъ страстей и привычекъ, къ которымъ въ здоровомъ состояніи умъ не склоненъ. Одна изъ наиболѣе рѣзкихъ формъ отличается необычнымъ преобладаніемъ злобныхъ и ненавистническихъ чувствъ, которыя происходятъ безъ какой бы то ни было уважительной причины. Всѣ примѣры душевнаго разстройства безъ бреда, сообщенные Pinel'емъ принадлежатъ этому классу разстройствъ.

Случаевъ, сообщенныхъ Pinel'емъ недостаточно, чтобы привести меня къ убѣжденію относительно существованія «*manie sans delire и folie resonnante*». Я теперь убѣжденъ, что онъ измѣнилъ бы свой взглядъ. М. Esquirol увѣрялъ меня, что относительно этого предмета онъ придерживается аналогичныхъ взглядовъ. Онъ считаетъ случаи Pinel'я недоказательными и одно время расположенъ былъ поддерживать сильное сомнѣніе въ существованіи помѣшательства безъ бредовыхъ идей. Теперь онъ убѣдился въ дѣйствительности этой формы умственного разстройства. Медицинскіе писатели старались согласить эти явленія съ установленнымъ мнѣніемъ относительно природы сумасшествія, предполагая существованіе какой-то скрытой бредовой идеи. Это предположеніе находитъ себѣ оправданіе только въ си-



стемѣ; но не подтвердилось фактами. Существуют случаи сумасшествия, въ которыхъ вся болѣзнь, или по крайней мѣрѣ всѣ ея проявленія состоятъ въ склонности къ буйнымъ приступамъ гнѣва, наступающаго безъ всякой причины и ведущаго къ опасности или дѣйствительному совершению серьезныхъ насилій по отношенію къ окружающимъ лицамъ. Характерная черта этой болѣзни есть крайняя раздражительность, зависящая отъ физической болѣзненной причины. Существуютъ другіе примѣры, гдѣ злоба гораздо глубже. Человѣкъ, какъ бы обуреваемый демономъ зла, постоянно предается злобѣ и даже убиваетъ несчастный предметъ своей злости. Когда эта послѣдняя соединяется съ ложнымъ представленіемъ о какихъ-нибудь личныхъ имъ перенесенныхъ оскорбленіяхъ, то это не подходитъ подъ терминъ moral insanity; оно заключаетъ въ себѣ галлюцинацію, или ложное убѣжденіе ума. Когда же болѣзненные явленія заключаютъ только проявленіе напряженной злости безъ основанія и безъ дѣйствительнаго или предполагаемаго повода, то ясно, такой случай вышеописанной природы. Во многихъ случаяхъ побужденія и склонности, которымъ человекъ подвергается, скорѣе, чѣмъ его чувства и привычный темпераментъ, даютъ главныя или только единственныя проявленія сумасшествия. Такова форма сумасшествия, которой Reil, Hoffbauer и другіе германскіе писатели давали терминъ: «reine Tollheit». Много извѣстно случаевъ, гдѣ внезапный импульсъ совершить какой-нибудь ужасный актъ проходилъ въ умѣ лица, до того совершенно здороваго и вполне обладающаго своей умственной силой. Импульсъ часто встрѣчаетъ сопротивленіе въ разумѣ и въ волевымъ дѣяніи; это признается тѣми врачами, которымъ, для предупрежденія печальной катастрофы, приходилось принимать мѣры предосторожности въ видѣ над-

зора. Въ другихъ случаяхъ преступленія были совершаемы безъ какого-нибудь фиксированнаго объекта или мотива и возмездіе по закону падало на несчастную жертву болѣзни. Нѣкоторыя безумныя лица обнаруживаютъ свое состояніе склонностью совершать всякіе виды злодѣйства, хотя они свободны отъ какого-нибудь чувства злобы. Такой, рѣзко выдающійся, случай былъ недавно указанъ мнѣ въ Іоркскомъ психіатрическомъ заведеніи докторомъ Wake, умнымъ и образованнымъ врачомъ этого учрежденія. Больной — юноша, хорошаго характера, живой и дѣятельный, не имѣющій недостатковъ мышленія, которые можно бы было открыть даже послѣ долгаго наблюденія. Онъ постоянно готовъ совершить какое-нибудь злодѣйство и незадолго передъ тѣмъ онъ убѣжалъ изъ заключенія и пошелъ къ Bishopthorpe Palace съ цѣлью его сжечь. Dr. Wake увѣрялъ меня, что во время своего девятнадцатилѣтняго завѣдыванія Іоркскимъ домомъ умалишенныхъ много наблюдалъ случаевъ, въ существенныхъ чертахъ аналогичныхъ вышеуказанному.

Склонность къ воровству бываетъ часто чертой нравственнаго помѣшательства, а иногда его главнымъ, если не единственнымъ, характернымъ свойствомъ. Я недавно зналъ душевно-больного, заключеннаго въ убѣжище, который только тогда ѣлъ, когда кралъ пищу: въ виду этого его сторожъ клалъ различные припасы въ какой-нибудь укромный уголокъ, гдѣ больной находилъ ихъ и тайно кралъ. Указываютъ много лицъ, извѣстныхъ своею склонностью воровать, безъ всякаго желанія послѣдующаго обладанія, лицъ, вообще не считаемыхъ за разстроенныхъ. Вѣроятно, нѣкоторые изъ нихъ представляютъ примѣры нравственнаго помѣшательства; тогда какъ въ другихъ подобные поступки могутъ быть отнесены къ эксцентричностямъ характера. Полное различіе, если, впрочемъ, суще-

ствуешь здѣсь какое-нибудь различіе, можетъ быть установлено только сопоставленіемъ различныхъ обстоятельствъ, какъ сравненіемъ наслѣдственности больного и его родственниковъ съ лицами, рѣшительно безумными,—сопоставленіемъ съ его первоначальнымъ характеромъ и привычками и изслѣдованіемъ, какая во всѣхъ этихъ отношеніяхъ произошла перемѣна.

Эксцентричность поведенія, особенныя и абсурдныя привычки, склонность совершать общіе жизненные акты отличнымъ отъ обыкновенно практикуемаго путемъ,—черта, во многихъ случаяхъ присущая нравственному помѣшательству. Однако, когда такія явленія наблюдаются въ связи съ злымъ и неговорчивымъ характеромъ, съ паденіемъ соціальныхъ привычекъ, съ отвращеніемъ къ прежде любимымъ родственникамъ и друзьямъ,—случай становится рѣзко замѣтнымъ. Часто случается, что вся суть особенностей находится только въ характерѣ, который является посмѣшищемъ для всѣхъ окружающихъ и знакомыхъ даннаго лица.

Нѣкоторыми писателями упоминались различные случаи, въ которыхъ необычная напряженность страстей и эмоцій составляла мозговую болѣзнь. Цѣлая серія сложныхъ названій были изобрѣтены, съ цѣлю дать имя такимъ состояніямъ ума и его страданіямъ. *Nostalgia*, *erotomania* разсматривались, какъ расстройства чувства: *satyriasis* и *pompomania*—какъ расстройства физическихъ ощущеній. Чрезмѣрная напряженность какой-нибудь страсти есть расстройство нравственного чувства; она физически можетъ зависѣть отъ извѣстныхъ состояній организаціи; но она не такъ ясно составляетъ основу сумашествія, какъ неправильное и извращенное проявленіе желаній. Есть основаніе думать, что этотъ родъ сумашествія имѣетъ своимъ дѣйствительнымъ источникомъ нравственныя явленія аномальнаго и необычнаго рода, а также извѣстныя извра-

щенія естественныхъ склонностей, которыя возбуждаютъ сильнѣйшее отвращеніе.

Факты, извѣстные мнѣ, являются доказательствомъ и иллюстраціей этихъ замѣчаній. Молодой человѣкъ, прежде довольно учтивого характера, сталъ подвергаться сильнымъ эпилептическимъ припадкамъ; затѣмъ наступили приступы буйной маніи, продолжавшіеся по нѣсколькимъ днямъ и возвращавшіеся черезъ извѣстные промежутки времени. Эти болѣзненные припадки съ теченіемъ времени въ значительной степени ослабѣли, но сдѣлали больного — раздражительнымъ, гнѣвнымъ и стремительнымъ, склоннымъ къ внезапнымъ взрывамъ тоски и буйства, въ теченіе которыхъ онъ дѣлается опаснымъ для окружающихъ лицъ. Изъ описанныхъ признаковъ, состояніе, близкое къ *satyriasis* медицинскихъ авторовъ—обыкновенный спутникъ но, въ настоящемъ примѣрѣ болѣзненныя влеченія больного проявлялись такимъ образомъ, что сдѣлали пребываніе въ лечебномъ заведеніи только предохраненіемъ противъ обвиненія въ преступленіи.

Еще одна форма умственного разстройства была описана нѣкоторыми старыми писателями; она является особеннымъ видоизмѣненіемъ сумасшествія. Ее называютъ *delirium senile*, или, какъ болѣе точно опредѣляетъ ее Burow, *senile insanity*. Она составляетъ разновидность нравственного помѣшательства. Это разстроенное состояніе обнаруживается у старыхъ людей, которые до того никогда не были сумасшедшими и не подозрѣвались въ какой-нибудь склонности къ умственному разстройству. Оно состоитъ, подобно другимъ формамъ нравственного помѣшательства, въ болѣзненномъ возбужденіи страстей и замѣчательномъ извращеніи темперамента и склонностей. Весь нравственный характеръ лица измѣняется.

«Благочестивые, говоритъ Dr. Vigow, дѣлаются нечестивыми, довольные и счастливые—недовольными и несчастными, благоразумные и экономные—неблагоразумными и смѣшно-расточительными, тароватые—скупыми, трезвые—пьяницами. У нѣкоторыхъ пожилыхъ лицъ, импульсы, которые были долго подавляемы, внезапно возбуждаются и обнаруживаются въ рѣзкомъ стремленіи къ порочнымъ привычкамъ». Въ дѣйствительности, почтеніе къ лѣтамъ и соотвѣтственное поведеніе превращались въ стыдъ и сожалѣніе, при видѣ извращенія тѣхъ нравственныхъ и соціальныхъ качествъ, которыя до того времени «украшали склоняющіеся дни человѣка». Это описаніе вполне согласуется съ характеромъ moral insanity. Существуютъ случаи, хотя и рѣдкіе, появленія галлюцинаторнаго помѣшательства у старыхъ людей. Предсказаніе при moral insanity часто бываетъ болѣе неблагопріятно, чѣмъ при другихъ формахъ умственнаго разстройства. Если это страданіе соединяется съ крѣпкой организаціей, то оно можетъ окончиться выздоровленіемъ. Такъ бываетъ тамъ, гдѣ болѣзненные явленія представляютъ возрастаніе или экзальтацію естественныхъ особенностей человѣка и свойствъ его первоначальныхъ привычекъ. Когда же эта болѣзнь достигаетъ нѣкоторыхъ физическихъ измѣненій въ строеніи, то, по всей вѣроятности, она остается постоянной, если не измѣнятся обстоятельства, при которыхъ она развилась; здѣсь, именно, намъ часто приходится сожалѣть, что искусство медицины даетъ такія неодинаковыя послѣдствія. Если, однако, это болѣзненное состояніе ума было слѣдствіемъ какой-нибудь внѣшней или случайной причины, легко удалимой, или если человѣкъ можетъ быть устраненъ отъ ея вліянія, то есть основаніе надѣяться на постепенное исчезновеніе.

Такіе случаи встрѣчались и въ моемъ личномъ опытѣ. Но, за исключеніемъ того случая, когда желаемая перемѣна происходитъ въ раннемъ періодѣ болѣзни, эта послѣдняя или остается постоянной, или оканчивается какою-нибудь другою формою сумасшествія.

---

# Краткій отчетъ о дѣятельности моей лечебницы для душевныхъ и нервныхъ больныхъ въ Харьковѣ

за время съ 1-го октября 1889 г. по 1-е октября 1892 г.

Д-ръ И. Я. Платоновъ.

Печатаю отчетъ о дѣятельности нашей лечебницы за второе трехлѣтіе ея существованія, мы, какъ и въ первомъ отчетѣ <sup>1)</sup>, воздерживаемся отъ комментарій цифровыхъ данныхъ, представляя читателямъ сдѣлать тотъ или другой выводъ, насколько наше заведеніе достигаетъ цѣлей, намѣченныхъ при его основаніи и отчасти наложенныхъ нами въ предисловіи къ первому отчету. Здѣсь позволимъ себѣ отмѣтить лишь то обстоятельство, что во второмъ трехлѣтіи дѣятельность нашего заведенія была обставлена сравнительно болѣе благоприятными условіями, благодаря многимъ улучшеніямъ во внѣшней и внутренней его обстановкѣ, усовершенствованіями прежнихъ и пріобрѣтенію новыхъ спеціальныхъ средствъ и приспособленій для леченія душевныхъ и нервныхъ болѣзней и, наконецъ, устраненію раньше имѣвшихъ мѣсто недочетовъ въ организаціи внутренняго быта заведенія, особенно въ отношеніи присмотра и ухода за больными,—недочетовъ почти неизбѣжныхъ при каждомъ вновь организуемомъ дѣлѣ вообще, а психіатрическомъ въ особенности.

---

Въ теченіи отчетнаго періода пользовалось 324 чел.: 221 м. и 103 женщ.; изъ нихъ душевно-больныхъ 232 чел.: 154 м. и 78 ж. и нервно-больныхъ 92 чел.: 67 м. и 25 ж. Изъ числа всѣхъ пользовавшихся больныхъ было оставшихся къ 1-му октября 1889 г. 32 чел.: 23 м. 9 ж., изъ нихъ душевно-больныхъ 25 ч.: 19 м. 6 женщ., нервныхъ больныхъ 7 чел.: изъ нихъ 4 м. и 3 ж. и поступившихъ въ періодъ отчетнаго

---

<sup>1)</sup> Архивъ психіатріи, Т. XV. № 1.

времени 292 чел.: 198 м. 94 ж., изъ нихъ душевно-больныхъ 207 чел.: 135 м. и 72 ж. и нервно-больныхъ 85 чел.: 63 муж. и 22 жен.

По годамъ поступления больные распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

Въ 18<sup>89/90</sup> г. поступило { душев. бол. 67 ч.: 44 м. 23 ж.  
нервн. бол. 32 ч.: 21 „ 11 „  
Всѣхъ. . 99 ч.: 65 м. 34 ж.

Въ 18<sup>90/91</sup> г. поступило { душев. бол. 74 ч.: 48 „ 26 „  
нервн. бол. 19 ч.: 16 „ 3 „  
Всѣхъ. . 93 ч.: 64 м. 29 ж.

Въ 18<sup>91/92</sup> г. поступило { душев. бол. 65 ч.: 43 „ 22 „  
нервн. бол. 35 ч.: 16 „ 9 „  
Всѣхъ. 100 ч.: 69 м. 31 ж.

Въ теченіи отчетнаго періода выбыло:

Выздоровѣвшіи:

Душ.-больн. 114 ч.=49,1<sup>0/0</sup>: 72 м.=46,7<sup>0/0</sup> 42 ж.=53,8<sup>0/0</sup><sup>1)</sup>  
Нервн.-бол. 48 „ =52,1<sup>0/0</sup>: 34 „ =50,7<sup>0/0</sup> 14 „ =56<sup>0/0</sup>  
Всѣхъ 162 ч.=50<sup>0/0</sup> : 106 м.=47,9<sup>0/0</sup> 56 ж.=55,3<sup>0/0</sup>

Съ облегченіемъ:

Душ.-больн. 53 ч.=22,8<sup>0/0</sup>: 31 м.=20,1<sup>0/0</sup> 22 ж.=28,2<sup>0/0</sup>  
Нервн.-бол. 28 „ =25<sup>0/0</sup> : 17 „ =25,3<sup>0/0</sup> 6 „ =24<sup>0/0</sup>  
Всѣхъ 76 ч.=23,1<sup>0/0</sup>: 48 м.=21,6<sup>0/0</sup> 28 ж.=27,1<sup>0/0</sup>

Безъ облегченія:

Душ.-больн. 37 ч.=15,9<sup>0/0</sup>: 31 м.=20,1<sup>0/0</sup> 6 ж.=7,7<sup>0/0</sup>  
Нервн.-бол. 8 „ = 8,5<sup>0/0</sup>: 6 „ = 8,9<sup>0/0</sup> 2 „ =4<sup>0/0</sup>  
Всѣхъ 45 ч.=13,8<sup>0/0</sup>: 37 м.=16,7<sup>0/0</sup> 8 ж.=7,7<sup>0/0</sup>

У м е р л о:

Душ.-больн. . . 8 ч.=3,4<sup>0/0</sup>: 6 м.=3,8<sup>0/0</sup> 2 ж.=2,5<sup>0/0</sup>  
Нервн.-бол. . . 2 „ =2,1<sup>0/0</sup>: 2 „ =2,9<sup>0/0</sup> — „ = —  
Всѣхъ . . 10 ч.=3<sup>0/0</sup> : 8 м.=3,6<sup>0/0</sup> 2 ж.=1,8<sup>0/0</sup>

<sup>1)</sup> % вычислены по отношенію къ общему числу пользовавшихся больныхъ.



Осталось къ 1-му октября 1892 г.

Душевно-больныхъ . . . . .	20 ч.: 14 м. 6 ж.
Нервно-больныхъ . . . . .	11 „: 8 „ 3 „
Всѣхъ . . . . .	31 ч.: 22 м. 9 ж.

Общее число дней проведенныхъ въ заведеніи всѣми пользовавшимися больными, въ отчетномъ періодѣ было 34449: 22868 муж.—11581 жен. Въ томъ числѣ душевно-больными 27715; 18335 муж.—9380 жен. и нервно-больными 6734: 4533—2201. Среднимъ числомъ каждый больной пробылъ 106,3 д.: 103,5 м.—112,4 ж., въ томъ числѣ душевно-больной 119,4: 119,6 муж.—120,8 жен. и нервно-больной 72: 65,3 м. 88 ж. Среднее ежедневное число больныхъ было 31,5 ч.: 20,8 м.—10,6 ж., въ томъ числѣ душевно-больныхъ 25,3 ч.: 16,7 муж.—8,5 жен. и нервно-больныхъ 6,1 ч.: 4,1 муж.—2,0 жен.

Изъ слѣдующей таблицы видно распредѣленіе поступленій по мѣсяцамъ:

	Душевно-болн.			Нерв.-болн.			Всѣхъ.			Среднее число кажд. г.
	м.	ж.	ит.	м.	ж.	ит.	м.	ж.	ит.	
Въ январѣ . . .	8	6	14	4	„	4	12	6	18	6
„ февралѣ . . .	12	3	15	4	5	9	16	8	24	8
„ мартѣ . . .	9	8	17	10	3	13	19	11	30	8,3
„ апрѣлѣ . . .	15	8	23	2	1	3	17	9	26	8,6
„ май . . .	17	7	24	5	1	6	22	8	30	10
„ июнѣ . . .	9	5	14	6	„	6	15	5	20	6,6
„ июлѣ . . .	8	4	12	2	„	2	10	4	14	4,6
„ августѣ . . .	9	3	12	8	2	10	17	5	22	7,3
„ сентябрѣ . . .	14	3	17	10	2	12	24	5	29	9,6
„ октябрѣ . . .	17	10	27	4	1	5	21	11	32	10,6
„ ноябрѣ . . .	8	8	16	4	5	9	12	13	25	8,3
„ декабрѣ . . .	9	7	16	4	2	6	13	9	22	7,3
Итого .	135	72	207	63	22	85	198	94	292	7,9

Такимъ образомъ изъ данныхъ этой таблицы видно, что среднимъ числомъ въ каждый мѣсяцъ въ теченіе отчетнаго трехлѣтія поступало 7,9 человѣкъ, больше на 1,1 человѣкъ въ сравненіи съ предыдущимъ трехлѣтіемъ; при чемъ какъ тогда, такъ и теперь наибольшее число поступленій падаетъ на весенніе и осенніе мѣсяцы, такъ что поступленія лѣтнихъ и зимнихъ мѣсяцевъ относятся къ поступленіямъ весеннихъ и осеннихъ, какъ 1:1,9. Это одинаково, какъ въ отношеніи душевно-больныхъ, такъ равно и нервныхъ.

Больше  $\frac{1}{3}$  всѣхъ поступленій принадлежитъ Харьковской губерніи съ г. Харьковомъ и больше  $\frac{1}{3}$  относится къ ближай-

шинъ отъ Харькова губерніямъ: Екатеринославской, Полтавской, Херсонской, Таврической, Курской, Земли В. Д.; при чемъ изъ всѣхъ этихъ губерній большее число поступленій дала Екатеринославская губ., затѣмъ Земля В. Д., Курская и Полтавская. Тоже самое было и въ прошломъ трехлѣтіи.

По возрастамъ всѣ поступившіе больные распредѣляются такъ:

	Душевно-болѣн.			Нервно-болѣн.			Всѣхъ.		
	м.	ж.	ит.	м.	ж.	ит.	м.	ж.	ит.
До 10 л. . .	1—	"	= 1	"	—	"	1—	"	= 1
Отъ 10—20 л.	13—	9	= 22	4—	5	= 9	17—	14	= 31
" 20—30 "	29—	30	= 59	16—	7	= 23	45—	37	= 82
" 30—40 "	50—	22	= 72	20—	5	= 25	70—	27	= 97
" 50—50 "	28—	7	= 35	13—	4	= 17	41—	11	= 52
" 50—60 "	9—	4	= 13	4—	1	= 5	13—	5	= 18
" 60 и бол. "	5—	"	= 5	6—	"	= 6	11—	"	= 11
	135—72=207			63—22=85			198—94=292		

По сословіямъ всѣ больные распредѣлялись такъ:

	муж.	жен.	итого.
Дворянъ и чиновниковъ . . . . .	62—	38	= 100
Купцовъ и мѣщанъ . . . . .	80—	29	= 109
Духовнаго званія . . . . .	19—	10	= 26
Крестьянъ и козаковъ . . . . .	15—	7	= 22
Иностранно-поданныхъ . . . . .	10—	3	= 13
Потомств. почетн. гражданъ . . . .	4—	2	= 6
Военнаго званія . . . . .	11—	5	= 16
Всѣхъ. . .	198—94=292		

Распредѣленіе поступившихъ больныхъ по семейному ихъ положенію видно изъ слѣдующей таблицы:

	муж.	жен.	итого.
Брачныхъ. . . . .	105—	54	= 159
Безбрачныхъ . . . . .	85—	32	= 117
Вдовыхъ . . . . .	8—	8	= 16
Всѣхъ . .	198—94=292		

По вѣровисповѣданью они распредѣлялись такъ:

	муж.	жен.	итого.
Православныхъ . . . . .	149—	71	= 220
Иудеевъ . . . . .	21—	10	= 31
Католиковъ. . . . .	11—	6	= 17

	МУЖ.	ЖЕН.	Итого.
Армяно-Григоріанъ . . . .	13	— 4	= 17
Лютеранъ . . . . .	3	— 3	= 6
Евангелическаго . . . . .	1	— „	= 1
<b>Всѣхъ . . . .</b>	<b>198</b>	<b>— 94</b>	<b>= 292</b>

Изъ слѣдующей таблицы видно распределение поступившихъ больныхъ по степени ихъ образованія:

	МУЖ.	ЖЕН.	Итого.
Высшаго образованія . . .	43	— 4	= 47
Средняго „ . . . .	73	— 50	= 123
Низшаго образованія . . .	80	— 40	= 120
Неграмотныхъ . . . . .	2	— „	= 2
<b>Всѣхъ . . . .</b>	<b>198</b>	<b>— 94</b>	<b>= 292</b>

По формамъ болѣзней всѣ пользованные въ отчетный періодъ больные распределялись слѣдующимъ образомъ:

	МУЖ.	ЖЕН.	Итого.
Melancholia . . . . .	19 <sub>(1)</sub>	— 15 <sub>(2)</sub>	= 34 <sub>(3)</sub> <sup>1)</sup>
Mania . . . . .	8	— 3	= 11
Amentia . . . . .	26 <sub>(1)</sub>	— 32	= 58 <sub>(1)</sub>
Paranoia . . . . .	18 <sub>(2)</sub>	— 8 <sub>(2)</sub>	= 26 <sub>(4)</sub>
Alcoh. acut. . . . .	6	— 3	= 9
Dementia primar. . . .	2 <sub>(1)</sub>	— „	= 2 <sub>(1)</sub>
Folie circuleur . . . .	2	— „	= 2
Alcoh. chronic. . . . .	3	— „	= 3
Pseudoparalysis. . . .	19 <sub>(9)</sub>	— 1	= 20 <sub>(9)</sub>
Morphiomania . . . . .	1	— „	= 1
Paralys. progres. . . .	26 <sub>(4)</sub>	— 4 <sub>(1)</sub>	= 30 <sub>(5)</sub>
Dementia secund. . . .	1	— 5 <sub>(1)</sub>	= 6 <sub>(1)</sub>
Hebephrenia . . . . .	1 <sub>(1)</sub>	— „	= 1 <sub>(1)</sub>
Idiotismus . . . . .	1	— „	= 1
Dementia senil. . . . .	2	— 1	= 3
<b>Итого . . . .</b>	<b>135<sub>(19)</sub></b>	<b>— 72<sub>(6)</sub></b>	<b>= 207<sub>(25)</sub></b>

	МУЖ.	ЖЕН.	Итого.
Epilepsia . . . . .	5	— „	= 5
Neurastenia . . . . .	26 <sub>(2)</sub>	— 5 <sub>(1)</sub>	= 31 <sub>(3)</sub>
Hysteria . . . . .	3 <sub>(1)</sub>	— 11 <sub>(2)</sub>	= 14 <sub>(3)</sub>
Neuralg. n. crural. . . .	2	— „	= 2

<sup>1)</sup> Цифры въ скобкахъ означаютъ больныхъ, остававшихся къ 1-го октября 1889 г.

	МУЖ.	ЖЕН.	ИТОГО.
Neuralg. n.n. intercos. . .	1	— „	= 1
Chorea St. Witi. . . .	1	— 1	= 2
Astasia-abasia . . . .	1	— „	= 1
Lues cerebri. . . . .	3	— „	= 3
Hemiplegiae . . . . .	8	— 3	= 11
Parapleg. hysteric. . . .	„	— 1	= 1
Paralysis toxica . . . .	2	— „	= 2
Morbus Basedowi . . . .	„	— 1	= 1
Sclerosis dissemin. . . .	(1)	— „	= (1)
Tabes dorsalis . . . . .	8	— „	= 8
Paralys. agitans . . . .	1	— „	= 1
Hydrocephal. intern. . .	1	— „	= 1
Meningit. tuberc . . . .	1	— „	= 1

Итого . . 63<sub>(4)</sub>—22<sub>(3)</sub>=85<sub>(7)</sub>

Разсматривая каждую форму болѣзни въ отдѣльности, получаемъ слѣдующія данныя:

Melancholia 34<sub>(3)</sub>=16,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> : 19<sub>(1)</sub>=14<sup>0</sup>/<sub>0</sub> м.: 15<sub>(2)</sub>=20,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub> <sup>1)</sup>.

Возрастъ:

Семейное положеніе:

	МУЖ.	ЖЕН.	ИТОГО		МУЖ.	ЖЕН.	ИТ.
Отъ 10 до 20 л. . . .	2	— „	= 2	Брачныхъ. . . .	10	— 12	= 22
„ 20—30 „ . . . .	5	— 7	= 12	Безбрачныхъ. . . .	7	— 2	= 9
„ 30—40 „ . . . .	5	— 6	= 11	Вдовыхъ . . . .	2	— 1	= 3
„ 40—50 „ . . . .	4	— 1	= 5	Итого . . . .	19	— 15	= 34
„ 50—60 „ . . . .	2	— 1	= 3				
„ 60 и бол. „ . . . .	1	— „	= 1				
Итого . . . .	19	— 15	= 34				

Сословіе:

Религія:

Дворянъ . . . .	1	— 5	= 6	Православныхъ. . . .	13	— 10	= 23
Кушцовъ и мѣщ. . . .	10	— 7	= 17	Иудеевъ. . . .	4	— 2	= 6
Крест. и козак. . . .	2	— 1	= 3	Лютеранъ . . . .	1	— 1	= 2
Духовн. званія . . . .	5	— „	= 5	Армяно-Григор. . . .	1	— 2	= 3
Иностранцевъ . . . .	„	— 1	= 1	Итого . . . .	19	— 15	= 34
Почетн. гражд. . . .	„	— 1	= 1				
Военнаго зван. . . .	1	— „	= 1				
Итого . . . .	19	— 15	= 34				

Степень образованія:

Высшее. . . .	1	— „	= 1
Среднее. . . .	8	— 7	= 15
Низшее. . . .	10	— 8	= 18
Итого . . . .	19	— 15	= 34

<sup>1)</sup> Оставшіеся больные не входятъ въ процентный расчетъ.

Движеніе въ теченіе психоза.

Выздоровѣло  $25_{(3)}=75,6\%$  :  $15_{(1)}=80,0\%$  и  $10_{(2)}=70,5\%$ .

	м.	ж.	ит.
Улучшеніе . . . . .	2	4	=6
Умерло. . . . .	1	1	=2
Остается . . . . .	1	—	=1

Занятія у *мужчинъ*: торговля 7, священниковъ 4, писецъ 1, сельское хозяйство 2, студентъ университета 1, кадетъ 1, воспитан. реальнаго училища 1, желѣзнодорож. служ. 1, художникъ 1; у *женщ.*: домашнее хозяйство 12, бухгалтеръ 1, торговля 1, безъ опредѣлен. занятій 1. Ближайшія причины у *мужч.*: нравственное потрясеніе 12, физическое переутомленіе 2, умствен. усилен. трудъ 2, хроническ. катарръ кишекъ 1, деспотическое обращеніе отца 1, пьяницъ 1; у *женщ.*: послѣродовый періодъ 3, операція кисты (острое малокр.) 1, Nox prima 1, vitium cordis 1, нравствен. погр. 3, періодъ беремен. 1, матеріальн. недост. 1, прекращеніе мѣсячнаго 1, хроническ. малокр. 1, болѣзнь дѣтей 1. Наслѣдственное и семейное предрасположеніе къ психозамъ констатировано у мужч. въ 9 случ., у женщ. въ 9.

Mania 11 ч.=5,6% : 8 м.=5,2% 3 ж.=3,8%.

Семейное положеніе.

Возрастъ.	м.	ж.	ит.	м.	ж.	ит.
Отъ 10 до 20 л.	3	—	= 3	Брачныхъ . . .	6	— 2 = 8
„ 20—30 „	2	— 1 = 3		Безбрачныхъ . .	5	— 1 = 6
„ 30—40 „	2	— 1 = 3		Вдовыхъ . . .	—	— 1 = 1
„ 40—50 „	—	— 1 = 1		Итого . .	8	— 3 = 11
„ 50—60 „	1	— „ = 1		Религія.		
Итого . .	8	— 3 = 11		Православн. . .	6	— 2 = 8
Сословіе:				Иудейскаго . . .	—	— 1 = 1
Дворянъ и чинов.	1	— 1 = 2		Евангеличesk. .	1	— „ = 1
Купцовъ и мѣщ.	4	— 1 = 5		Армяно-Григор. .	1	— „ = 1
Крестьян. и коз.	1	— 1 = 2		Итого . .	8	— 3 = 11
Иностранцевъ . .	2	— „ = 2		Степень образованія.		
Итого . .	8	— 3 = 11		Высшее . . .	2	— „ = 2
				Среднее . . .	2	— 1 = 3
				Низшее . . .	4	— 2 = 6
				Итого . .	8	— 3 = 11

Движеніе въ теченіи психоза.

Выздоровѣло 9 ч.=81,7% : 7 м.=87,5 2 м.=66,6%.

Улучшеніе 1 ж.=1; остается 1 м.=1.

Занятія у мужч.: торговля 4, студент. технол. инстит. 1, конторщикъ 1, заводск. мастер. 2; у женщ.: акушерка 1, безъ опредѣленныхъ занятій 2. Ближайшая причина: у мужч.: нравств. потр. 3, злоупотр. алкогол. 3, усилен. умств. трудъ 1, разстр. торговл. 1; у женщ.: плохія социальн. усл. 2, неудачная любовь 1. Наслѣдственность констатирована въ 4-хъ случаяхъ.

Amnesia 58<sup>(1)</sup> ч.=28% : 26<sup>(1)</sup> м.=19,2%—32 м.=42,6%.

Возрастъ:			Религія:		
	МУЖ.	ЖЕН. ИТОГО		МУЖ.	ЖЕН. ИТОГО
Отъ 10 до 20 л.	4—	8=2	Православныхъ.	21—	27=48
" 20—30 "	8—	15=29	Иудеевъ . . .	3—	2=5
" 30—40 "	8—	6=14	Армяно-Григ. .	2—	"=2
" 40—50 "	4—	2=6	Католиковъ .	"—	3=3
" 50—60 "	1—	1=2	Лютеранъ . .	"—	"= "
" 60 и бол. "	1—	"=1	Итого .	26—	31=58
Итого .	26—	32=58	Степень образованія:		
Сословіе:			Высшее . . .	4—	2=6
Дворянъ и чин.	9—	17=26	Среднее . . .	12—	22=34
Купц. и мѣщ. .	11—	7=18	Низшее . . .	10—	8=18
Духов. званія .	1—	3=4	Итого .	26—	32=58
Воен. званія .	"—	2=2	Движеніе въ теченіи психоза:		
Почетн. гражд. .	2—	"=2	Выздор. 43 ч.=74,1% : 20 м.		
Крестьян. и коз. .	2—	3=5			=77%—23 м.=71,2%.
Иностранцевъ .	1—	"=1	Облегченіе. . .	9 ч. :	2—7
Итого .	26—	32=58	Безъ облегченія 1 "	:	1—"
Семейное положеніе:			Умерло . . .	1 "	: "—1
Брачныхъ . .	12—	15=27	Осталось . . .	5 "	: 4—1
Безбрачныхъ .	14—	15=29			
Вдовыхъ . . .	"—	2=2			
Итого .	26—	32=58			

Занятія у мужчинамъ: торговля 10, воспитанниковъ гимназій 2, желѣзнодорожныхъ служащихъ 1, сельское хозяйство 2, художникъ 1, студентовъ университета 2, телеграфистъ 1, портной 1, смотритель уѣзднаго училища 1, счетоводъ 1,

безъ опредѣленныхъ занятій 3, акцизный чиновникъ 1; у *женщинъ*: домашнее хозяйство 23, врачъ 1, литературный трудъ 1, учительницы 2, безъ опредѣленныхъ занятій 5.

Ближайшія причины у *мужчинъ*: пьянство 6, perhritis chron. 2, холера 1, физическое истощеніе 1, умственное переутомленіе 1, coitus prius 1, тифъ 1, нравственныя передраги 7; у *женщинъ*: послѣродовой періодъ 3, періодъ кормленія 3, гнойный периметритъ 2, беременность 1, испуги 4, хроническій катарръ кишекъ 1, чрезвѣрная мастурб. 1, vitium cordis 1, холера 1, физическое истощеніе 3, influenza 1, нравственныя потрясенія 7. Наслѣдственное и семейное предрасположеніе къ психозамъ констатировано въ 32 случая: 15 мужск. 17 женск.

Paranoia = 26<sub>(4)</sub> = 12<sup>0</sup>/<sub>0</sub> : 18<sub>(2)</sub> м. = 13,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> — 8<sub>(2)</sub> ж. = 11,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Возрастъ:			Степень образованія:		
	м.	ж. ит.		м.	ж. ит.
Отъ 10 до 20 л. . .	2—	= 2	Высшее . . . .	6—	= 6
„ 20—30 „ . .	7—4	= 11	Среднее . . . .	5—7	= 12
„ 30—40 „ . .	7—4	= 11	Низшее . . . .	4—1	= 8
„ 40—50 „ . .	1—	= 1	Итого . .	18—8	= 26
„ 50—60 „ . .	1—	= 1			
Итого . .	18—8	= 26			

Сословіе:			Религія:		
	м.	ж. ит.		м.	ж. ит.
Дворянъ и чиновн. . .	9—2	= 11	Православная . .	14—7	= 21
Купцовъ и мѣщ. . .	6—3	= 9	Иудейская . . .	3—1	= 4
Духовн. званія . .	2—3	= 5	Армяно-Григоріан. .	1—	= 1
Крест. и козак. . .	1—	= 1	Итого . .	18—8	= 26
Итого . .	18—8	= 26			

Семейное положеніе:			Улучшеніе:		
	м.	ж. ит.		м.	ж. ит.
Холостыхъ . . . .	9—4	= 13	Безъ улучшенія . .	4 : 4	— „
Брачныхъ . . . .	9—4	= 13	Умерло . . . .	1 : 1	— „
Итого . .	18—8	= 26	Осталось . . . .	3 : 2	— 1

Занятія у *мужчинъ*: торговля 6, сельское хозяйство 3, воспитанниковъ гимназій 1, безъ опредѣленныхъ занятій 1, сельскій учитель 1, аптекарь 1, таможенный чиновникъ 1, врачей 2, студенты университета 2; у *женщинъ*: домашнее хозяйство 5, безъ опредѣленныхъ занятій 2, торговля 1.

Случайныя причины заболѣванія у *мужчинъ*: усиленныя умственныя занятія 4, пьянство 1, тифъ 1, нравственное по-

трясеніе 2, плохія семейныя условія 2, грубое обращеніе учителя 1; у *женщинъ*: нравственное потрясеніе 1, семейная неурядица 4, неудачный бракъ 1. Наслѣдственное и семейное предрасположеніе къ психозамъ констатировано въ 20 случ.: 14 мужч. 6 женщ.

Pseudoparalysis 20<sub>(9)</sub> = 9,6% : 19<sub>(9)</sub> м. = 14,1% — 1 м. = 1,3%.

## Возрастъ:

	м.	ж.	ит.
Отъ 20 до 30 л. . .	3—	„=	3
„ 30—40 „ . .	7—	1=	8
„ 40—50 „ . .	9—	„=	9
Итого . . .	19—	1=	20

## Степень образованія:

	м.	ж.	ит.
Высшее . . . .	3—	„=	3
Среднее . . . .	7—	„=	7
Низшее . . . .	9—	1=	10
Всѣхъ . . .	19—	1=	20

## Сословіе:

Дворянъ и чинов. . .	5—	„=	5
Купцовъ и мѣщ. . .	10—	1=	11
Военн. званія. . .	1—	„=	1
Крестьяне . . . .	1—	„=	1
Почетныхъ гражд. . .	1—	„=	1
Иностранныхъ . . .	1—	„=	1
Всѣхъ . . .	19—	1=	20

## Движеніе въ теченіе психоза:

Выздоровленіе 7<sub>(1)</sub> = 35% :  
: 7<sub>(1)</sub> м. = 36,8% — нѣтъ жен.  
Облегченіе 10<sub>(1)</sub> ч.: 9 м. — 1 ж.  
Безъ улуч. 3 : 3 „ „ „  
Умерло: 2 м. изъ оставашъ.  
Осталось 1 м. „ „

## Семейное положеніе:

Брачныхъ . . . .	13—	„=	13
Безбрачныхъ . . .	6—	1=	7
Всѣхъ . . .	19—	1=	20

Занятія у *мужч.*: торговля 9, музыкантъ 1, горн. инженер. 1, управляющ. имѣн. 1, бухгалтеръ 1, сельск. хоз. 1, учитель 1, желѣзнодорожн. служба 4; у *женщ.*: домашн. хозяйств. 1. Въ 19 случаяхъ болѣзнь развилась на почвѣ сифилиса, въ одномъ — алкоголизма.

## Религія:

Православныхъ . . .	15—	1=	16
Иудеевъ . . . .	1—	„=	1
Армяно-Григоріан. . .	1—	„=	1
Католиковъ . . . .	1—	„=	1
Лютеранъ . . . .	1—	„=	1
Всѣхъ . . .	19—	1=	20

Alcoholismus acutus — 9 ч. = 4,3% : 6 м. = 4,4% — 3 м. = 4,1%.

## Возрастъ:

	м.	ж.	ит.
Отъ 10 до 20 л. . .	1—	„=	1
„ 30—40 „ . .	5—	1=	6
„ 40—50 „ . .	„	2=	2
Всѣхъ . . .	6—	3=	9

## Сословіе:

	м.	ж.	ит.
Дворянъ и чинов. „	—	1=	1
Купц. и мѣщ. . . .	4—	„=	4
Духовн. званія . . .	1—	2=	3
Военнаго званія . . .	1—	„=	1
Всѣхъ . . .	5—	3=	9



Семейное положеніе:

	м.	ж.	ит.
Брачныхъ . . . .	3	3	=6
Безбрачныхъ . . . .	3	—	=3
Всѣхъ . . . .	5	3	=9

Степень образованія:

	м.	ж.	ит.
Среднее . . . .	4	1	=5
Низшее . . . .	2	2	=4
Всѣхъ . . . .	6	3	=9

Религія:

Православныхъ . . . .	6	3	=9
-----------------------	---	---	----

Движеніе въ теченіи психоза:

Выздоровленіе 9 ч.=100% : 6—3.

Занятіе у *мужч.*: торговля 3, свящ. 1, военная служба 1, безъ опредѣл. занят. 1; у *женщ.*: домашн. хозяйство 3. Во всѣхъ случаяхъ констатиров. наслѣдственное предрасположеніе къ психозамъ.

Paralysis progressiva 30<sub>(5)</sub> ч.=14,5% : 26<sub>(4)</sub> м.=19,1% — 4<sub>(1)</sub>=5,6%.

Возрастъ:

	м.	ж.	ит.
Отъ 30 до 40 л. . . .	12	2	=14
„ 40—50 „ . . . .	10	1	=11
„ 50—60 „ . . . .	3	—	=3
„ 60 и бол. „ . . . .	1	—	=1
Всѣхъ . . . .	26	3	=29

Семейное положеніе:

	м.	ж.	ит.
Брачныхъ . . . .	20	4	=24
Безбрачныхъ . . . .	5	—	=5
Вдовыхъ . . . .	1	—	=1
Всѣхъ . . . .	26	4	=30

Сословіе:

Дворянъ и чинов. . . .	8	—	=8
Купцовъ и мѣщ. . . .	14	2	=16
Воен. званія . . . .	1	1	=2
Крестьянъ . . . .	1	1	=2
Иностранцевъ . . . .	2	—	=2
Всѣхъ . . . .	26	4	=30

Религія:

Православн. . . .	15	4	=30
Католиковъ . . . .	3	—	=3
Армяно-Григор. . . .	3	—	=3
Иудейская . . . .	3	—	=3
Лютеранъ . . . .	2	—	=2
Всѣхъ . . . .	26	—	=30

Степень образованія:

	м.	ж.	ит.
Высшее . . . .	6	—	=6
Среднее . . . .	4	—	=4
Низшее . . . .	16	4	=20
Всѣхъ . . . .	26	4	=30

Движеніе въ теченіи психоза:

Выздоровленіе 1 ч.=31,2% : 1 м.—,=

	м.	ж.
Облегченіе 3 <sub>(2)</sub> ч.: 2 <sub>(2)</sub> —1		
Безъ облегч. 20 <sub>(8)</sub> „: 18 <sub>(2)</sub> —2 <sub>(1)</sub>		
Умерло . . . .	1	1
Остается . . . .	5	4

Занятія у *мужч.*: торговля 11, комиссіон. 2, содержат. рестор. 1, таможен. чинов. 1, безъ опредѣл. занятій 1, писцовъ 2, лѣсничій 1, сельск. хозяйство 2, аптекарь 1, горный инженер. 1, нотариусъ 1, врачъ 1; у *женщ.*: домашнее хозяйство 3, торговля 1.

Въ 15 случаяхъ констатированъ несомнѣнный сифилисъ, въ двухъ вѣроятный, причемъ въ одномъ случаѣ сифилисъ былъ за 20 л. до заболѣванія психозомъ, въ 3-хъ случаяхъ за 10 лѣтъ, въ 4-хъ за 5 л., въ остальныхъ отъ 3—5 л.

Въ 16 случаяхъ констатировано наслѣдствен. предрасп. къ психозамъ.

Alcoholismus chronicus 3 ч.=1.4% : 3 м.=2,2—нѣтъ ж.

Возрастъ:			Степень образованія:		
	м.	ж. ит.		м.	ж. ит.
Отъ 30 до 40 л. . .	2	—	=2	Среднее . . . .	1—,=1
„ 50—60 „ . .	1	—	=1	Низшее . . . .	2—,=2
Всѣхъ . . .	3	—	=3	Всѣхъ . . .	3—,=3

Сословіе:			Движеніе въ теченіи психоза:		
	м.	ж. ит.		м.	ж. ит.
Дворянъ . . . .	1	—	=1	Съ облегченіемъ 3 : 3 м. нѣтъ ж.	
Купцовъ и мѣщ. . .	2	—	=2		
Всѣхъ . . .	3	—	=3		

Семейное положеніе:			Занятія: торговля 1, сельское хозяйство 1, конфектный мастеръ 1. Во всѣхъ трехъ случаяхъ констатировано наслѣдственное предрасположеніе къ психозамъ.		
	м.	ж. ит.		м.	ж. ит.
Брачныхъ . . . .	1	—	=1		
Безбрачныхъ . . . .	1	—	=1		
Вдовыхъ . . . .	1	—	=1		
Всѣхъ . . .	3	—	=3		

Религія:			
Православныхъ . .	3	—	=3

Dementia secundaria 6<sub>(1)</sub> ч.=2,9% : 1=0,7%—5<sub>(1)</sub>=6,8%.

Возрастъ:			Сословіе:		
	м.	ж. ит.		м.	ж. ит.
Отъ 10 до 20 л. . .	—	—	=1	Дворянъ и чиновн. „	—2=2
„ 20—30 „ . .	1	—	=2=3	Купцовъ и мѣщанъ. „	—1=1
„ 30—40 „ . .	—	—	=1=1	Военнаго званія . .	—1=1
„ 40—50 „ . .	—	—	=1=1	Духовнаго званія . .	—1=1
Всѣхъ . . .	1	—	=5=6	Крестьянъ . . . .	1—,=1
				Всѣхъ . . .	1—5=6

Семейное положеніе:			Движеніе въ теченіе психоза:	
	м.	ж. ит.	Съ облегченіемъ.	1—1 = 2
Безбрачныхъ . . .	1—3	= 4	Безъ облегченія. „—	1 <sub>(1)</sub> = 1 <sub>(1)</sub>
Вдовыхъ. . . . .	„—2	= 2	Остается . . . „—	3 = 3
Всѣхъ . . .	1—5	= 6	Занятія у <i>мужчинъ</i> : безъ опредѣленныхъ занятій 1; у <i>женщинъ</i> : домашнее хозяйство 3, сестра милос. 1, безъ опредѣленныхъ занятій 1.	
Религія:			У мужчины dementia была исходомъ, у женщинъ въ 2-хъ случаяхъ манія и въ 3-хъ—меланхолія.	
Православныхъ . .	1—5	= 6		
Степень образованія:				
Среднее . . . . .	„—4	= 4		
Низшее . . . . .	1—1	= 2		
Всѣхъ . . .	1—5	= 6		

Циркулирующее помѣшательство (Folie circulaire)=2 муж. Оба въ возрастѣ 20—30 л., дворяне, холостые, православные, съ высшимъ образованіемъ. Оба выписаны выздоравливающими. Причины заболѣванія въ одномъ случаѣ тифъ и усиленный умственный трудъ, въ другомъ нравственныя передраги. Въ обоихъ случаяхъ наслѣдственное предрасположеніе къ психозамъ. Въ одномъ случаѣ сифилисъ благопріобрѣтенный, въ другомъ—наслѣдственный.

*Morphiomania* 1 мужч. 36 лѣтъ, дворянинъ, католикъ, холостой съ высшимъ образованіемъ; выбылъ изъ лечебницы съ облегченіемъ. Поводъ къ употребленію морфія neuralgia n. intercostalis.

*Dementia primaria* 2<sub>(2)</sub> муж., въ возрастѣ 30—40 л., дворяне, холостые, православные, съ высшимъ образованіемъ. Одинъ изъ нихъ выписанъ здоровымъ, другой остается. Причина заболѣванія: въ одномъ случаѣ усиленный умственный трудъ, въ другомъ пьянство. Оставшійся отъ прошлаго трехлѣтія вышелъ здоровымъ.

*Dementia senilis* 3 ч.: 2 м.—1 ж. Мужчины оба въ возрастѣ 60 л. и бол., одинъ дворянинъ, другой купецъ, женатые, одинъ православный, другой армяно-григоріанецъ, одинъ съ высшимъ образованіемъ, другой съ низшимъ; одинъ выписанъ изъ лечебницы безъ облегченія, другой остается. Женщина въ возрастѣ 50—60 л., дворянка, замужняя, католичка, съ низшимъ образованіемъ; выписана изъ лечебницы безъ облегченія.

*Hebephrenia* 2<sub>(1)</sub> м. въ возрастѣ отъ 10—20 л., купеческій сынъ, холостъ, православный, гимназистъ, выписанъ безъ облегченія. Остававшійся умеръ отъ туберкулеза.

*Idiotismus* 1 муж. 7 лѣтъ, казакъ, неграмотный, выписанъ безъ улучшенія. Отецъ прогрессивный паралитикъ.

*Epilepsia*—5=5,4% : 5 м.=7,4%—нѣтъ женщ.

Возрастъ:			Степень образованія:		
	м.	ж. ит.		м.	ж. ит.
Отъ 10 до 20 л. . .	2—	=2	Высшее . . .	1—	=1
" 20—30 " . . .	2—	=2	Среднее . . .	2—	=2
" 30—40 " . . .	1—	=1	Низшее . . .	2—	=2
Итого . . .	5—	=5	Итого . . .	5—	=5
Сословіе:			Движеніе въ теченіи психоза:		
Дворянъ . . .	2—	=2	Выздоровѣло . . .	2=	40%
Духовн. званія . . .	3—	=3	Облегченіе . . .	2	
Итого . . .	5—	=5	Безъ облегченія . . .	1	
Семейное положеніе:			Занятія: воспитан. уѣзднаго училища 1, священ. 1, сельскій учитель 1, сельск. хоз. 1, инженеръ 1. Вѣроятныя причины: ушибы головы 2, нравственное потр. 1, усиленная умствен. дѣят. при сифилисѣ 1.		
Брачныхъ . . .	2—	=2	Въ 3-хъ случаяхъ наследственное предрасположеніе къ нейрозамъ и психозамъ.		
Безбрачныхъ . . .	3—	=3			
Итого . . .	5—	=5			
Религія:					
Православныхъ . . .	4—	=4			
Католиковъ . . .	1—	=1			
Итого . . .	5—	=5			

*Neurastenia*—31<sub>(3)</sub>=33,7% : 26<sub>(2)</sub>=38 м.—5<sub>(1)</sub>=20% ж.

Возрастъ:			Сословіе:		
	м.	ж. ит.		м.	ж. ит.
Отъ 10 до 20 л. . .	1—	=1	Дворянъ . . .	11—	=13
" 20—30 " . . .	10—	=14	Купцовъ и мѣщ. . .	8—	=10
" 30—40 " . . .	8—	=9	Духов. званія . . .	3—	=3
" 40—50 " . . .	5—	=5	Крест. и козак. . .	2—	=2
" 50—60 " . . .	1—	=1	Воен. званія . . .	1—	=1
60 и болѣе " . . .	1—	=1	Потомств. гражд. . .	1—	=1
Всѣхъ . . .	26—	=31	Всѣхъ . . .	26—	=31

Семейное положеніе.

	м.	ж.	ит.
Брачныхъ . . .	13	—3	=16
Безбрачныхъ . . .	11	—2	=13
Вдовыхъ . . .	2	—,	= 2
Всѣхъ . . .	26	—,	=31

Степень образованія:

	м.	ж.	ит.
Высшее . . . .	8	—,	= 8
Среднее . . . .	13	—3	=16
Низшее . . . .	5	—2	= 7
Всѣхъ . . .	26	—5	=31

Религія:

Православн. . .	20	—3	=23
Иудейская . . .	4	—1	= 5
Католическая . .	1	—,	= 1
Армяно-григор. .	1	—1	= 2
Итого . . .	26	—5	=31

Движеніе въ теченіи нейроза.

Выздоровѣло 22 <sub>(3)</sub> ч. = 70,9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> :	
19 <sub>(2)</sub> м. = 73 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> — 3 <sub>(1)</sub> ж. = 60 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> .	м. ж.
Облегченіе . . .	6 ч. : 4 — 2
Безъ облегченія 1 „ : 1 — „	
Остается . . .	2 „ . 2 — „

Занятія у *мужч.*: торговля 6, студ. технол. 1, врачъ 1, сельскій учитель 1, безъ опредѣленныхъ занятій 2, священника 2, сельское хозяйство 5, становой приставъ 1, кадетъ 1, лѣсничій 1, урядникъ 1, псаломщикъ 1, фармацевтъ 1, вице-губернаторъ 1; у *женщ.*: домашнее хозяйство 2, безъ опредѣлен. занятій 3.

Ближайшія причины заболѣванія у *мужчинъ*: усиленный умственный трудъ 3, нравств. потрясеніе 6, злоупотребленіе алкоголемъ 3, тифъ 1, чрезмѣрный онанизмъ 4, семейная неуряд. 1; у *женщинъ*: плохія семейныя условія 3, физическое переутомленіе 2.

Въ 5 случаяхъ констатиров. пріобрѣтенный сифилисъ, въ 2-хъ наследственный. Въ 15 случаяхъ констатиров. наследственное и семейное предрасположеніе къ психозамъ и нейрозамъ.

Hysteria = 14<sub>(3)</sub> ч. = 15,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> : 3<sub>(1)</sub> м. = 4,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> — 11<sub>(2)</sub> ж. = 44<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Сословіе:

Возрастъ:	м.	ж.	ит.		м.	ж.	ит.
Отъ 10 до 20 л.	„	—	3 = 3	Дворянъ . . .	1	—	3 = 4
„ 20—30 „	1	—	2 = 3	Мѣщанъ и купц. „	—	4 = 4	
„ 30—40 „	2	—	3 = 5	Военнаго званія .	1	—	1 = 2
„ 40—50 „	„	—	3 = 3	Духовнаго званія „	—	1 = 1	
Всѣхъ . . .	3	—	11 = 14	Крестьянъ и коз. .	1	—	1 = 2
				Иностранцевъ . .	„	—	1 = 1
				Всѣхъ . . .	3	—	11 = 14

\*

Семейное положеніе:			Движеніе въ теченіе психоза:
	м.	ж. ит.	
Брачныхъ . . .	2—	9=12	Выздоровѣло 7 <sub>(3)</sub> =50% :
Безбрачныхъ . . .	1—	2= 2	2 <sub>(1)</sub> м.=66,6%—5 <sub>(2)</sub> ж.=
Всѣхъ . . .	3—	11=14	45,4%.

Религія:			Возрастъ:
	м.	ж. ит.	
Православная . . .	3—	6= 9	Отъ 10 до 20 л. . . "—1=1
Юдейская . . .	"—	2= 2	" 20—30 " . . . 1—1=2
Лютеранская . . .	"—	1= 1	" 30—40 " . . . 1—1=2
Католическая . . .	"—	1= 1	" 40—50 " . . . "—2=2
Армяногригоріан. . .	"—	1= 1	Всѣхъ . . . 2—5=7
Всѣхъ . . .	3—	11=14	

Степень образованія:			Облегченіе . . . . .
	м.	ж. ит.	
Высшая . . . . .	1—	"= 1	Безъ облегченія . . . "—1=1
Средняя . . . . .	2—	8=10	Остается . . . . . 1—2=4
Низшая . . . . .	"—	3= 3	
Всѣхъ . . .	3—	11=14	

Занятія у *мужчинъ*: военная служба 2, безъ опредѣленныхъ занятій 1; у *женщинъ*: домашнее хозяйство 8, акушерка 1, воспитанница гимназіи 1, безъ опредѣленн. занят. 1.

Вѣроятная причина у *мужчинъ*: нравственное потрясеніе 3; у *женщинъ*: нравствен. потрясеніе 6, физическ. истощеніе 1.

Въ 10 случаяхъ констатировано наследственное предрасположеніе къ нейрозамъ, въ одномъ случаѣ сифилисъ наследств.

Tabes dorsalis=8 ч.=8,7% : 8 м.=12%—нѣтъ женщ.

Возрастъ:			Религія:
	м.	ж. ит.	
Отъ 30 до 40 л. . .	2—	"=2	Православная . . . 7—"=7
" 40—50 " . . .	5—	"=5	Католическая . . . 1—"=1
" 50—60 " . . .	1—	"=1	Итого . . . 8—"=8
Всѣхъ . . .	8—	"=8	

Сословіе:			Степень образованія:
	м.	ж. ит.	
Дворянъ и чиновн. . .	5—	"=5	Высшая . . . . . 3—"=3
Купцовъ и мѣщ. . .	2—	"=2	Средняя . . . . . 1—"=1
Иностранцевъ . . .	1—	"=1	Низшая . . . . . 4—"=4
Всѣхъ . . .	8—	"=8	Всѣхъ . . . 8—"=8

Семейное положеніе:			Движеніе въ теченіе психоза:
	м.	ж. ит.	
Брачныхъ . . . . .	3—	"=3	Выздоровѣло . . . . . 1 ч.
Безбрачныхъ . . . . .	4—	"=4	Облегченіе . . . . . 4 "
Вдовыхъ . . . . .	1—	"=1	Безъ облегченія . . . . . 2 "
Всѣхъ . . .	8—	"=8	Остается . . . . . 1 "

Занятія у *мужчинъ*: торговля 2, сельское хозяйство 1, мировой судья 1, почтовый чиновникъ 1, ветеринарный врачъ 1, табачный фабрикантъ 1, писецъ 1. Причины заболѣванія: простуда+сифилисъ 2, сифилисъ 6; наследственное предрасположеніе къ нейрозамъ констатировано въ 2-хъ случаяхъ.

*Astasia-abasia* 1 мужч. 56 лѣтъ, военнаго званія, женатый, православный, безъ опредѣленныхъ занятій, съ высшимъ образованіемъ; выписанъ изъ лечебницы съ облегченіемъ.

*Chorea S-ti Witi* 1 мужч. 1 женщ. = 2, мужч. 17 лѣтъ, купческаго сословія, іудейскаго вѣроисповѣданія, холостъ, воспитанникъ коммерческаго училища, остается въ лечебницѣ. Женщина 11 лѣтъ, иностранка, лютеранскаго вѣроисповѣданія, выписалась здоровой.

*Lues cerebri* 3 ч.=3,2% : 3 м.=4,5%—женщ. нѣтъ.

Возрастъ:			Религія:		
	м.	ж. ит.		м.	ж. ит.
Отъ 20 до 30 л. . .	1—	=1	Православная . .	3—	=3
„ 30—40 „ . .	2—	=2	Степень образованія:		
Итого . .	3—	=3	Высшая . . . .	1—	=1
Сословіе:			Средняя . . . .	1—	=1
Военнаго званія . .	1—	=1	Низшая . . . .	1—	=1
Мѣщанъ . . . .	2—	=2	Итого . .	3—	=3
Итого . .	3—	=3	Движеніе въ теченіе психоза:		
Семейное положеніе:			Выздоровѣло . . . .	2 ч.	
Брачныхъ . . . .	2—	=2	Умеръ . . . . .	1 „	
Безбрачныхъ . . .	1—	=1			
Итого . .	3—	=3			

Занятія: писецъ 1, прикащикъ 1, лѣсничій 1. При вскрытіи умершаго найдена между прочимъ *gumma in regione thalami optici*.

*Hemiplegiae* 11 ч.=11,9% : 8 м.=12%—3 м.=12%.

Возрастъ:			Сословіе:		
	м.	ж. ит.		м.	ж. ит.
Отъ 20 до 30 л. . .	2—	= 2	Дворянъ и чинов. .	2—	= 4
„ 30—40 „ . .	1—	= 2	Купцовъ и мѣщ. . .	3—	= 4
„ 40—50 „ . .	1—	= 2	Военнаго званія . .	1—	= 1
„ 50—60 „ . .	1—	= 2	Крестьянъ . . . .	1—	= 1
„ 60 и бол. „ . .	3—	= 3	Иностранцевъ . .	1—	= 1
Итого . .	8—	=11	Итого . .	8—	=11

Семейное положеніе:			Религія:		
	м.	ж. ит.		м.	ж. ит.
Брачныхъ . . . .	3	—1= 4	Православная . .	4	—1= 5
Безбрачныхъ . . .	5	— „ = 5	Арияно-Григор. .	2	— „ = 2
Вдовыхъ . . . .	„	—2= 2	Католиковъ . . .	1	—1= 2
			Иудеевъ . . . .	1	—1= 2
Итого . . . .	8	—3=11	Всѣхъ . . . .	8	—3=11

Въ трехъ случаяхъ у мужчинъ: Hemiplegia dextra, въ 5-ти остальныхъ sinistra—у женщинъ: 1—dextra, 2—sinistra. Въ трехъ случаяхъ hemiplegia сифилитического происхожденія. въ остальныхъ post apoplexiam.

Paraplegia hysterica 1 женщина 12 лѣтъ, дворянка, православнаго вѣроисповѣданія выписана здоровой.

Neuralgia n. cruralis 2 мужч., одинъ въ возрастѣ отъ 30—40 лѣтъ, другой 40—50 л., оба иностранцы, католики. одинъ торговецъ, другой углепромышленникъ, одинъ холостой, другой женатый—родные братья. У одного женатаго—нейралгія сопровождалась импотенціей. Изъ лечебницы выписаны оба здоровые. У женатаго послѣ леченія двое дѣтей. Причина болѣзни въ обоихъ случаяхъ простуда.

Neuralgia nn. intercostales 1 мужчина 60 лѣтъ, военнаго званія, православный, женатый, безъ опредѣленныхъ занятій, выписанъ изъ лечебницы здоровымъ. Причина простуда.

Paralysis toxica 2 мужч., одинъ въ возрастѣ отъ 30—40 лѣтъ, другой отъ 40—50, одинъ духовнаго званія, другой мѣщанинъ, одинъ съ высшимъ образованіемъ, другой съ домашнимъ, оба православные; выписаны изъ лечебницы здоровыми, въ одномъ случаѣ причина сифилисъ, въ другомъ алкоголизмъ сифилисъ.

Paralysis agitans 1 мужчина, 65 лѣтъ, крестьянинъ, вдовый, православный, неграмотный, выписанъ изъ больницы безъ облегченія.

Hydrocephalus internus 1 мальчикъ, 14 лѣтъ, сынъ чиновника, холостъ, православный, выписанъ съ облегченіемъ.

Meningitis tuberculosa 1 мужчина, 32 лѣтъ, офицеръ, женатый, православный, умеръ.

Morbus Basedowі 1 женщина, 25 лѣтъ, дворянка, дѣвица, православная, съ среднимъ образованіемъ, выписана изъ заведенія въ состояніи улучшенія; болѣзнь развилась вслѣдствіе цѣлаго ряда непріятностей.

Sclerosis disseminata 1 мужчина, остававшійся къ 1-му октября 1889 г., выбылъ изъ лечебницы съ облегченіемъ.



## Случай трепанаціи черепа при эпилепсіи.

А. Д. Давыдовъ.

Изъ Александровскаго окружнаго лазарета на островѣ Сахалинѣ.

О показаніяхъ къ трепанаціи черепа говорилось такъ много, что я о нихъ не стану распространяться, къ тому же онѣ до сихъ поръ точно не установлены. Я перейду прямо къ нашему случаю, причѣмъ замѣчу, что помимо оказанія помощи, допускаемаго хирургіей, о которомъ мы упомянемъ ниже, въ данномъ случаѣ меня заставили оперировать слѣдующія соображенія. Я больного знаю два съ половиною года. Почти все время съ перерывами онъ пробылъ или въ самомъ лазаретѣ, или въ его отдѣленіи (для душевно-больныхъ) въ с. Ново-Михайловскомъ, — то пользовался амбулаторно. Припадки были очень часты и мучительны; больной дважды перенесъ, въ теченіи 2—3 недѣль каждый разъ, острые маниакальные припадки и два раза покушался на самоубійство — оба раза въ полномъ сознаніи. Больной до того тяготился своими припадками, что заявилъ мнѣ, что, если онъ не получитъ облегченія, то непременно покончитъ съ собой. Рѣшиться на какую опасную операцію въ глуши, на далекой окраинѣ, не имѣя полного запаса необходимыхъ инструментовъ и приспособленій дѣло далеко не шуточное. Почему и приношу свою искреннюю благодарность доктору Поддубскому, завѣдующему медицинскою частью на островѣ Сахалинѣ, за его нравственную поддержку и помощь при самой операціи. Побудительнымъ обстоятельствомъ было и то, что пациентъ, хотя и отбылъ срокъ каторжныхъ работъ, не могъ воспользоваться правомъ выѣзда съ острова, хотя бы съ цѣлью леченія. Въ теченіи 2-хъ съ половиною лѣтъ на моихъ глазахъ на немъ были перепробованы всѣ способы терапевтическаго леченія; надо замѣтить, что онъ болѣетъ съ 1885 года и лечится, слѣдовательно, съ тѣхъ поръ. Мнѣ неизвѣстно, чѣмъ и какъ его пользовали.

Въ ноябрѣ 1885 года во время рудничныхъ работъ, состоя вощикомъ каменнаго угля, пациентъ К—о упалъ съ высокой

горы, съ значительной высоты, головой внизъ, при чемъ лишился сознанія и не помнитъ, какъ его привезли въ лазаретъ въ посту Дуэ. Въ тотъ же день онъ будто бы перенесъ первый эпилептическій припадокъ. Въ теченіи 1½ мѣсяцевъ, проведенныхъ имъ въ Дуйскомъ лазаретѣ у него ежедневно и черезъ день повторялись припадки по два раза въ день. Въ теченіи пяти лѣтъ послѣ этого, по словамъ націента, у него были припадки почти ежедневно, но преимущественно по ночамъ. О нихъ онъ узнавалъ со словъ людей или потому, что у него былъ покусъ языка, или расшиблена голова.

17 декабря 1890 года К—о поступилъ въ Александровскій лазаретъ, въ одну изъ моихъ палатъ съ жалобами на частые припадки. При изслѣдованіи оказались: Ромберговъ симптомъ и незначительная атакія при хожденіи, отступя на 1½ поперечныхъ пальца выше и влѣво отъ затылочнаго бугра имѣлось болѣзненное мѣсто величиной въ серебряный двугривенный. У больного довольно ясно выраженные нейрастеническіе припадки, въ родѣ agorophobia, кромѣ того въ теченіи пяти лѣтъ его преслѣдуютъ ночные кошмары, иллюзіи зрѣнія, слуха и обонянія, impotentia virilis. Въ теченіи декабря 1890 г. припадки повторялись черезъ день, продолжительностью отъ 5—20 минутъ, иногда по два раза въ день. Послѣ припадковъ наступаетъ глубокій сонъ отъ 2 до 3 часовъ, а затѣмъ оставался по долгу шумъ въ головѣ. По послѣднему симптому больной вспоминалъ о бывшемъ съ нимъ припадкѣ. Судорогами поражались, какъ личные мышцы, такъ и мышцы обѣихъ конечностей.

Въ январѣ 1891 года припадки были 2, 3, 4, 5, 6, 7 и 8 января. Съ 8 на 9 припадокъ остраго маниакальнаго бреда, почему онъ и былъ переведенъ въ селеніе Ново-Михайловское, откуда и былъ высланъ въ концѣ февраля того же года.

15 іюня 1891 года больной поступилъ снова, при чемъ припадки повторялись 16, 18, 19, 20, 23 и 25 того же мѣсяца, 27 и 28 были лишь сильные головныя боли; 29 и 30 по припадку, длившемуся каждый по часу.

Въ іюль были припадки 2, 5, 7, 11 по одному разу въ день, 15, 16 и 19 по два раза въ день, 20 два припадка одинъ за другимъ, ночью 21 два припадка подъ рядъ; длительность каждаго припадка отъ 5—10 минутъ, затѣмъ 23, 28 тогоже мѣсяца по 2-хъ минутному припадку. Затѣмъ въ теченіи августа, сентября, октября и ноября припадки повторялись почти правильно черезъ день. 13 Ноября К—о бѣжалъ

и былъ черезъ день розысканъ, при чемъ у него оказались отмороженными пальцы обѣихъ ногъ. На вопросъ куда и зачѣмъ онъ бѣгалъ, онъ отвѣтилъ, что его кто-то заставилъ (кто выгналъ—онъ не можетъ дать отчета себѣ) бѣжать въ Америку. До декабря того же года К—о находился въ манакальномъ состояніи, которое постепенно исчезло къ 5-му декабря, когда пациентъ все время внѣ припадковъ представлялся уже совершенно здравомыслящимъ субъектомъ. Съ 5 по 13 эпилептическіе припадки повторялись почти ежедневно. Въ виду сильнаго желудочно-кишечнаго катарра онъ былъ переведенъ изъ селенія Ново-Михайловскаго въ Александровскій лазаретъ, при чемъ 15, 16, 17, 18, 19, 20 и 21 были припадки въ 3—4 минуты по одному разу въ день. 6 апрѣля поступилъ снова, 9-го покушался на самоубійство черезъ повѣшеніе. Когда его вынули изъ петли, съ нимъ повторился буйный манакальный припадокъ, 10 апрѣля больной былъ совершенно спокоенъ. 15-го онъ былъ снова выписанъ. 12 ноября 1892 г. снова поступилъ въ лазаретъ. За время его проживанія на свободѣ, онъ былъ помѣщенъ въ богадѣльню. такъ какъ былъ признанъ неспособнымъ снискивать себѣ пропитаніе собственнымъ трудомъ, и срокъ каторжныхъ работъ былъ оконченъ; съ нимъ повторялись ежедневно припадки иногда по 2—3 раза въ день. Одинъ разъ онъ покушался на самоубійство и одинъ разъ чуть не замерзъ на улицѣ, такъ какъ съ нимъ случился припадокъ, послѣ котораго онъ былъ безъ сознанія въ теченіи долгаго времени. Въ теченіи ноября въ лазаретѣ были припадки съ 15 по 23 ежедневно, съ 23 по 17 декабря черезъ день, иногда черезъ два, съ 17 декабря по 1 февраля 1893 г. черезъ день, въ февралѣ и въ мартѣ въ разное время, черезъ день и черезъ два. Съ ноября 1892 г. больной и въ дни внѣ припадковъ чувствуетъ невыразимую головную боль, жалуется на постоянную бессонницу. Драгмовые приѣмы Chloralhydrat'a, сульфонала мало дѣйствительны, паральдегидъ давался до 80 гранъ въ теченіи 2-хъ часовъ, но безъ успѣха. Мысль о самоубійствѣ все время не оставляла больного.

18 марта 1893 года мною больному была произведена трепанація черепа въ мѣстѣ сильной и ограниченной болѣзненности въ затылочной области, отступя на 1½ пальца влѣво и кверху отъ protuberantia occipitalis externa. По вскрытіи кожи и отдѣленія надкостницы въ два темпа былъ выпиленъ при помощи ручнаго тrefина круглый осколокъ кости въ

$\frac{3}{4}$  дюйма въ діаметрѣ. При чемъ внутренняя поверхность осколка оказалась шероховатой, а мелкіе осколки кости вѣдренными, въ dura mater. Ни зыбленія, ни нагноенія въ dura mater не оказалось. По вынутіи осколковъ и неизбѣжномъ легкомъ раненіи твердой мозговой оболочки, ничего ненормальнаго не оказалось, ни трещинъ въ черепной кости, ни чего указывающаго на существованіе какого либо патологическаго процесса. Кровотеченіе было остановлено прикладываніемъ ватныхъ шариковъ, смоченныхъ 5% растворомъ карболовой кислоты. Рана тщательно вымыта растворомъ сулемы 1 : 1000, засыпана іодоформомъ и вставленъ былъ дренажъ. Вся операція длилась часъ съ четвертью, съ хлороформированіемъ 1 ч. 35 мин. Дальнѣйшія подробности изъ скорбнаго листка я пропускаю, скажу лишь что дренажъ былъ вынутъ на 7 день. Больной выписанъ 7 апрѣля. Рана заросла рег ргітам. Теченіе послѣоперационнаго періода безъ лихорадочное. Въ первые пять дней больной чувствовалъ слабость, тошноту и головокруженіе. Головная боль преимущественно въ области лба. На 8-й день самочувствіе больного значительно поднялось и не понижалось до дня его ухода изъ лазарета; головная боль прекратилась совершенно. По настоящій день припадковъ не было.

---

По сношенію съ авторомъ извѣстно, что припадки у больного не появлялись по октябрѣ мѣсяцъ. Редакторъ.

# Дѣтубійство

(судебно-психіатрическая экспертиза).

**Н. Добротворскій,**

ординаторъ Рязанской психіатрической больницы.

11-го января 1893 года поступила въ Рязанскую психіатрическую больницу, по распоряженію окружнаго суда, на испытаніе въ умственныхъ способностяхъ О-ва, 22 лѣтъ, обвиняемая въ убійствѣ своего, 12 дней отъ роду, ребенка.

Изъ слѣдственнаго дѣла о преступленіи, совершенномъ О-вой, извѣстно слѣдующее: О-ва жена фельдшера, который служитъ при земской сельской больницѣ. Живетъ съ мужемъ въ самой больницѣ, въ отдѣльной квартирѣ (квартира ихъ состоитъ изъ одной комнаты). 5-го апрѣля 1892 года она родила. Роды были первые (замужемъ она два года). Въ ночь на 18-е апрѣля 1892 года, на 13 день послѣ родовъ, О-ва спала въ квартирѣ въ двоимъ съ своею родною матерью и въ этой же комнатѣ помѣщался ея новорожденный ребенокъ, который спалъ на отдѣльной постели. Въ 2 часа ночи мужъ <sup>1)</sup> разбудилъ О-ву и ея мать и спросилъ ихъ, гдѣ у нихъ ребенокъ. Ребенка въ комнатѣ не оказалось; когда же О-вой и ея матери сказали, что ребенокъ найденъ въ сортирѣ (брошенъ былъ въ экскременты), то онѣ этимъ обстоятельствомъ были крайне удивлены; показывали, что спали, не слышали, чтобы кто-нибудь ночью входилъ въ ихъ комнату и вообще не могутъ понять, кто бросилъ ребенка въ сортиръ. О-ву же это извѣстіе такъ поразило, что съ ней сдѣлался, довольно продолжительный, обморокъ.

Изъ разспросовъ окружающихъ выяснилось, что въ 12 часовъ ночи одинъ больной (онъ въ это время спалъ во второмъ этажѣ, а квартира фельдшера помѣщалась въ первомъ) слышалъ сильный плачь ребенка и кто то прошелъ по корридолу изъ комнаты, гдѣ спала О-ва, по направленію къ сортиру; дверь въ сортиръ хлопнула и плачь ребенка смолкъ (сортиръ помѣщался рядомъ съ квартирой фельдшера, шагахъ въ 10—15). Свидѣтель думалъ, что ребенокъ плачетъ въ комнатѣ фельдшера и потому не обратилъ на это вниманія, не посмотрѣлъ, кто ходилъ по корридолу и въ сортиръ. Около 2 часовъ ночи сидѣлка пошла въ сортиръ и услышала тамъ слабый плачь ребенка, при чемъ оказалось, что ребенокъ былъ О-вой и долженъ быть брошенъ въ сортиръ непременно изнутри;

<sup>1)</sup> Мужъ О-вой въ эту ночь спалъ въ другой комнатѣ.

завернуть онъ въ пеленки и одѣяло (въ такомъ видѣ онъ и былъ положенъ въ эту ночь въ постель) и лежалъ на экскрементахъ. Когда его вытащили изъ сортирной ямы, то онъ уже оказался мертвымъ. Вскрытіе показало, что ребенокъ умеръ отъ задушенія кловачными газами.

Такимъ образомъ, очевидцевъ этого преступленія не было.

Дальше слѣдствіемъ было выяснено, что въ сортиръ могли бросить ребенка только О-ва, или ея мать, такъ какъ рѣшительно больше некого подозрѣвать въ этомъ изъ окружающихъ. Сначала подозрѣніе пало на мать О-вой, но оказалось, что она отличалась всегда хорошимъ физическимъ здоровьемъ и никогда ничего не наблюдалось ненормальнаго въ психической ея сферѣ; служила она передъ этимъ событіемъ долго въ нянькахъ и о ней данъ отзывъ, какъ о хорошей нянькѣ. Находилась она въ хорошихъ отношеніяхъ съ О-вой и ея мужемъ и вообще у нея не было цѣли совершить подобное преступленіе. Такимъ образомъ, путемъ исключенія и принимая во вниманіе то обстоятельство, что О-ва находилась въ послѣродовомъ періодѣ, должны были остановиться на томъ, что преступленіе совершила она. Но такъ какъ О-ва показала, что ничего не помнитъ о совершенномъ ею преступленіи и что у нея не было цѣли совершить его, то есть основаніе предполагать, что она бросила ребенка въ сортиръ въ припадкѣ психическаго расстройства.

Для выясненія того, можно ли подозрѣвать у О-вой психическое расстройство во время совершенія ею преступленія и для опредѣленія характера этого психическаго расстройства, она, по распоряженію окружнаго суда, была подвергнута 2-хъ мѣсячному наблюденію въ психіатрической больницѣ.

*Status praesens.* Средній ростъ; тѣлосложеніе посредственное. Подкожно-жирный слой и мускулатура развиты слабо. Малокровенна. Конфигурація головы не представляетъ ничего особеннаго. Органы груди безъ уклоненій. Расстройствъ въ двигательной сферѣ и со стороны кожной чувствительности не замѣчается.

Въ психическомъ состояніи не наблюдается ничего особеннаго: говорить логично, послѣдовательно. Бредовыхъ идей нѣтъ. Память функционируетъ хорошо. Вполнѣ понимаетъ окружающую обстановку.

О преступленіи, совершенномъ ею, сообщаетъ, что она не понимаетъ, какъ бросила ребенка въ сортиръ и удивляется, какъ она могла это сдѣлать. Изъ разговоровъ съ ней на эту тему видно, что она очень опечалена совершеннымъ ею преступленіемъ и безъ слезъ не можетъ вспомнить объ этомъ. Говорить, что рожденію ребенка она ждала съ нетерпѣніемъ и у нея не могло быть цѣли совершить такое преступленіе.

Изъ своей прошлой жизни сообщаетъ, что еще до замужества чувствовала себя нездоровой, была раздражительна, часто появлялись у нея спазмы въ груди, гортани (*globus hystericus*). Легко утомлялась, какъ при физической, такъ и умственной работѣ. Появлялись у нея временами боли въ ногахъ, рукахъ и во всемъ позвоночникѣ. Имѣла плохой сонъ и аппетитъ. Послѣ родовъ, до совершенія преступленія, чувствовала себя нехорошо: головная боль, общее недомоганіе. За два дня до преступленія пропало молоко.

За время наблюденія въ больницѣ въ психической сферѣ О-вой можно было отмѣтить слѣдующее: со стороны интеллекта не замѣчается ничего ненормальнаго. Крайне впечатлительна, что видно, напр., изъ того, что музыка, пѣніе грустнаго характера, рассказы о какомъ нибудь печальномъ событіи вызываетъ почти всегда у нея слезы, иногда даже рыданія, похожія на истерическія. Замѣчаются у нея истерическія явленія: жалуется часто на стѣсненіе дыханія и чувствуетъ, какъ бы шаръ стоитъ у нея въ горлѣ (globus hystericus). По ночамъ часто бредитъ. Разъ ночью наблюдалось, какъ она сонная сидѣла въ постели и разговаривала. Во снѣ часто скрипнѣть зубами.

О прошлой жизни О-вой (свѣдѣнія получены изъ слѣдственнаго дѣла и изъ личнаго разспроса мужа и мать О-вой) извѣстно слѣдующее: въ 3—4 лѣтнемъ возрастѣ страдала припадками эпилепсіи (судороги въ конечностяхъ, закатываніе глазъ, пѣна у рта, безсознательное состояніе. Припадки продолжались минутъ 5—10, потомъ наступалъ сонъ). Когда О-вой было 6—7 лѣтъ, то наблюдалось у нея иногда хожденіе по ночамъ въ сонномъ состояніи: вставала съ постели, бродила по комнатамъ съ открытыми глазами и потомъ опять ложилась. На другой день ничего не помнила объ этомъ. Часто разговаривала во снѣ. Была очень впечатлительна, раздражительна. Когда ей было 16 лѣтъ, то разъ (послѣ ссоры съ братомъ), сидя на стулѣ, она почувствовала вдругъ головокруженіе, потеряла сознание, упала со стула и во время паденія ударила лицомъ о стулъ, разсклала себѣ верхнюю губу (рубецъ кожный на верхней губѣ въ настоящее время замѣтенъ). Припадокъ этотъ продолжался минутъ 15. Были ли судороги во время припадка, окружающіе не могутъ припомнить. Въ прошломъ году (92) наблюдались у нея подобныя же два припадка: вдругъ упала, потеряла сознание и пролежала на полу минутъ 15. Ушибовъ только она не получила во время паденія и судорогъ въ конечностяхъ не было замѣчено очевидцами этихъ припадковъ.

Послѣ замужества (по словамъ мужа) наблюдалось, что О-ва по ночамъ часто сонная сидитъ въ постели, разговариваетъ, скрипнѣть зубами, но хожденія по комнатамъ въ сонномъ состояніи не замѣчалось у нея въ это время. Была нервна, раздражительна; часто жаловалась на стѣсненіе дыханія и на ощущеніе, что у нея стоитъ шаръ въ горлѣ.

По показанію врача, О-ва во время беременности страдала тоскливымъ настроеніемъ духа; жаловалась на бессонницу и страхъ по ночамъ. Послѣ родовъ жаловалась на головную боль; и за день до совершенія преступленія у нея было лихорадочное состояніе, пропало молоко, которое потомъ не появлялось совсѣмъ.

За день или два до совершенія преступленія, по словамъ мужа, О-ва видѣла сонъ, отъ котораго проснулась и кричала: ей приснилось, что въ комнату къ ней пришла какая то страшная баба и сѣла на ея постель.

Когда О-ва узнала, что ребенокъ ея брошенъ въ сортиръ, то съ ней сдѣлался обморокъ, продолжавшійся съ часъ, потомъ три слѣдующія ночи почти не спала и все думала, кто-бы могъ бросить ребенка въ сортиръ.

Съ мужемъ О-ва жила хорошо. Отличалась хорошею нравственностью. Была довольна тѣмъ обстоятельствомъ, что у нея родился ребенокъ и вообще какую-нибудь цѣль—совершить такое преступленіе у нея нельзя предполагать.

Отецъ О-вой умеръ отъ чахотки; родная сестра слабоумна отъ природы; тетка нервна, раздражительна; другая тетка была психически больна; третья тетка (родная сестры матери О-вой) страдала эпилепсіей.

Разсматривая планъ расположенія квартиры, гдѣ жила О-ва, видно, что сортиръ, въ который она бросила ребенка, помѣщался рядомъ съ ея квартирой, находился шагахъ въ 10—15. О-ва, года 1½ пользовалась сортиромъ, какъ помойною ямой, бросала туда разныя вещи. Ночью, для испражнений, ходила въ сортиръ. Дверь въ комнату О-вой, въ ночь совершенія преступленія, была какъ и всегда, затворена, но незаперта (затворили ее, когда ложились спать) и она оказалась затвореною и тогда, когда разбудили О-ву и ея мать.

На основаніи вышеприведенныхъ свѣдѣній, собранныхъ какъ объ обстоятельствахъ самаго преступленія, совершеннаго О—вой, такъ и объ ея прошлой жизни, а равно наблюденія надъ нею въ больницѣ, было дано такое заключеніе:

У О—вой большое предрасположеніе къ заболѣванію психическими болѣзнями: родная сестра слабоумна отъ природы; одна тетка была психически больна, другая эпилептикъ. Сама О—ва въ 3—4 лѣтнемъ возрастѣ страдала эпилептическими припадками; въ 6—7 лѣтнемъ возрастѣ наблюдалось у нея по ночамъ снохожденіе, которое нужно разсматривать у О—вой какъ ночной эпилептический припадокъ, такъ какъ у нея раньше были эпилептическіе припадки. Была съ самаго ранняго дѣтства нервна, впечатлительна. Когда ей было 16 л., то у нея, повидимому, былъ эпилептический припадокъ: внезапное паденіе, безсознательное состояніе, разсѣкла себѣ верхнюю губу. Подобныя же два припадка были у нея въ прошломъ году. Нѣсколько лѣтъ назадъ наблюдаются у нея истерическія явленія (*globus hystericus*). Сонъ большею частью сопровождается у нея живыми сновидѣніями; во время сна она часто разговариваетъ. Такимъ образомъ, резюмируя все это, нужно признать, что О—ва субъектъ истерическій, у котораго раньше наблюдались эпилептическіе припадки, во время послѣднихъ—она въ 6—7 лѣтнемъ возрастѣ ходила ночью по комнатѣ, и, потомъ субъектъ съ большимъ предрасположеніемъ къ заболѣванію психическими болѣзнями.

Разсматривая обстоятельства, при которыхъ совершено О—вой преступленіе и принимая во вниманіе, что у нея не было цѣли совершить его, мы должны придти къ такому заключенію, что преступленіе совершено О—вой въ припадкѣ остраго



психическаго разстройства и, такъ какъ раньше наблюдались у О—вой эпилептическіе припадки и хожденіе по ночамъ во время этихъ припадковъ, то это острое психическое разстройство слѣдуетъ разсматривать какъ эпилептическій припадокъ. Стимуломъ, вызвавшимъ такое психическое разстройство (эпилептическій припадокъ), было—послѣродовое состояніе. Въ самомъ дѣлѣ, у О—вой были первые роды; послѣ родовъ прошло 13 дней. Извѣстно, что въ послѣродовомъ періодѣ нерѣдко наблюдаются разныя нервныя и психическія заболѣванія и у здоровыхъ субъектовъ, а тѣмъ болѣе это можно ожидать у такихъ нервныхъ субъектовъ, какъ О—ва. Послѣ родовъ О—ва чувствовала себя дурно: была у нея головная боль, жаловалась на общее недомоганіе; сны у нея сопровождались беспокойными сновидѣніями. Все это заставляетъ признать, что въ ночь на 18 апрѣля у О—вой могъ появиться эпилептическій припадокъ, во время котораго она совершила автоматически, совершенно безсознательно, цѣлесообразный поступокъ: бросила ребенка въ сортиръ. Нужно полагать, что О—ва, находясь въ припадкѣ психическаго разстройства, встала ночью съ постели, взяла автоматически, безсознательно ребенка (можетъ быть подъ вліяніемъ галлюцинацій, которыя были у нея въ это время), безсознательно, автоматически пошла въ сортиръ (такъ какъ ночью она ходила въ сортиръ и бросала туда вообще разныя вещи), бросила ребенка въ сортиръ, нисколько не сознавая того, что она дѣлаетъ и, вернувшись изъ сортира, легла въ постель и уснула. Память объ этомъ у нея не сохранилась. Совершеніе подобныхъ цѣлесообразныхъ поступковъ автоматически, безсознательно или подъ вліяніемъ галлюцинацій, нерѣдко наблюдается у субъектовъ, страдающихъ эпилепсіею, во время припадковъ эпилепсін.

По освидѣтельствованіи въ Окружномъ Судѣ врачами экспертами, О—ва признана была совершившей преступленіе въ припадкѣ психическаго разстройства и по 97 ст. улож. о наказ. освобождена отъ дальнѣйшаго слѣдствія.

Данный случай, по нашему мнѣнію, интересенъ главнымъ образомъ въ томъ отношеніи, что если бы подобное преступленіе было совершено при другихъ условіяхъ, то трудно было бы дать положительный отвѣтъ на вопросъ, совершила ли подсудимая преступленіе въ припадкѣ психическаго разстройства, или нѣтъ. Допустимъ, что О—ва была бы незамужняя, ребенокъ у нея былъ незаконнорожденный, извѣстно было-бы, что она тяготилась его существованіемъ и онъ оказался бы

умершимъ отъ задушенія (можно допустить автоматическіе поступки другаго характера: О—ва могла встать ночью въ припадкѣ съ постели, заткнуть ротъ ребенку рукой, тряпкой, или закутать его какъ-нибудь въ одѣяло, пеленки и т. д. и, такимъ образомъ, удушить его и оставить въ постели); тогда мы не могли бы сказать съ увѣренностью, что О—ва, во время совершенія преступленія, находилась въ припадкѣ психическаго разстройства, такъ какъ одна изъ главныхъ точекъ опоръ, на которыхъ основывается наше заключеніе о психическомъ разстройствѣ О—вой во время совершенія преступленія, именно то, что у нея не было цѣли совершить преступленія,—не существовала бы у насъ.

---

## Три случая бугорчатки у душевно-больныхъ, безъ явныхъ признаковъ при жизни.

Д-ръ А. М. Головина (Болгарія).

9 октября 1892 г. поступилъ въ психіатрическое отдѣленіе Варненской больницы, крестьянинъ Тырновскаго округа, с. Драганово, Мари К. Это былъ молодой 23-хъ лѣтній мужчина, съ веселымъ, улыбающимся лицомъ, низкаго роста, слабаго тѣлосложенія. Грудь деформирована, нижняя половина грудной кости и нижняя часть реберъ спереди вдавлены во внутрь. Кромѣ того первый и часть второго поясничные позвонки выдаются кнаружи, безъ всякаго измѣненія кожи на нихъ. Лицо подвижное, глаза веселые. Больной плохо ходитъ, онъ опускается всею свою тяжестью на тазобедренныя сочлененія и ходитъ согнувшись. При вставаніи съ постели онъ упирается сначала обѣими руками въ колѣни, затѣмъ охаетъ и потомъ уже встаетъ. Сильное исхуданіе всего тѣла. Отвѣты его слабоумны и часто сопровождаются смѣхомъ. У него замѣтны иллюзіи. Такъ онъ всѣхъ служащихъ въ больницѣ принимаетъ за своихъ знакомыхъ и даетъ имъ разныя имена.

Изъ анамнеза видно, что онъ женатъ уже 3 г. и имѣетъ 2-хъ лѣтняго ребенка, здороваго. Имѣлъ слабоумнаго дядю. Самъ онъ всегда былъ спокойнаго, кроткаго характера, прошелъ курсъ народныхъ училищъ, затѣмъ I-й классъ и былъ полгода во второмъ классѣ гимназіи. Послѣ выхода изъ гимназіи, онъ занимался земледѣліемъ, между тѣмъ какъ изъ двухъ его другихъ братьевъ одинъ учитель, а другой оканчиваетъ гимназію. Причинъ его болѣзни никакихъ не предполагается. Въ первый разъ онъ заболѣлъ въ іюлѣ 1886 г., вслѣдствіе будто бы испуга во снѣ. Онъ пробылъ 20 дней на леченіи въ Тырновской больницѣ и выздоровѣлъ. Въ іюнѣ, 1889 года, онъ снова заболѣлъ. Неизвѣстно только—случилось ли это до женитьбы, или вслѣдъ за нею. А женился онъ молодымъ—19 лѣтъ. Другихъ, очень важныхъ данныхъ,

не собрано. Докторъ, лечившій его съ августа 1891 года до сентября 1892 г., говорилъ, что болѣзнь его постепенно ухудшалась. Онъ отмѣтилъ съ мая мѣсяца недержаніе мочи (этотъ признакъ оставался и при поступленіи въ больницу въ Варнѣ). Что касается испражнений, то онъ иногда испражнялся на полу, хотя недержанія каловыхъ массъ не было.

Иногда страдалъ бессоницею. Съ 15 мая началъ дѣлать какія то тѣлодвиженія. отмѣченныя у лечившаго доктора хореообразными. При поступленіи въ Варненскую больницу и во все время пребыванія въ ней никакихъ хореическихъ движеній не наблюдалось. Въ больницѣ онъ скоро сталъ поправляться физически, не дѣлалъ уже усилій при вставаніи, и сталъ выправляться при ходьбѣ. Мало-по-малу онъ совершенно выпрямился и ходилъ легко и свободно. Онъ былъ всегда веселъ, всѣ отправления были нормальны, аппетитъ и сонъ хороши. Онъ часто дѣлалъ въ корридорѣ всякіе жесты какіе употребляютъ солдатами во время ученія. Иногда я его заставляла приложившимъ ухо къ постели. На мой вопросъ, что это значить, онъ проводилъ продольныя и круговыя черты по постели, затѣмъ прикладывалъ ухо, и объяснялъ мнѣ что онъ слушаетъ, что дѣлаютъ его братья и моментально докладывалъ что одинъ дѣлаетъ ученіе, другой поетъ съ учениками, или жена его ругается съ матерью. Черты онъ проводитъ для того, чтобы отдѣлать околіи (русскіе уѣзды), такъ какъ всѣ его родные живутъ въ разныхъ мѣстахъ. Если онъ не проведетъ совсѣмъ черты, то ничего не увидитъ, и не услышитъ своихъ родныхъ, такъ какъ тогда не можетъ отдѣлаться отъ комнаты, въ которой находится. Часто онъ говорилъ, что знаетъ французскій языкъ и повторялъ бессмысленно отдѣльные слоги, слова и т. д. Никогда онъ не заявлялъ желанія ѣхать домой, былъ вполне доволенъ своей судьбою. Когда я ему разъ сообщила о томъ, что отъ брата его есть письмо и тотъ очень заботится о немъ, онъ остался къ этому сообщенію совершенно равнодушнымъ, не придавъ ему большаго значенія, чѣмъ своимъ иллюзіямъ и галлюцинаціямъ. Онъ охотно исполнялъ всякую работу, которую его заставляли дѣлать: носилъ дрова, топилъ печи, мылъ полы. Съ начала мая я обратила вниманіе на то, что онъ сдѣлался менѣе подвижнымъ, часто лежалъ по цѣлымъ днямъ на кровати, не разговаривалъ, не дѣлалъ никакихъ жестовъ и тѣлодвиженій, самъ уже никогда не прикладывалъ ухо къ постели, а если его просили это сдѣлать, исполнялъ желаніе неохотно. Па-

латный служитель доложилъ мнѣ, что онъ все больше молчитъ. 19 мая, поработавши немного въ кухнѣ, онъ вернулся въ палату, легъ на кровать, отказался отъ ѣды и не отвѣчалъ ничего на вопросы. Въ такомъ положеніи я его застала 20 мая утромъ, при чемъ онъ лежалъ съ закрытыми глазами. Температура измѣренная 20<sup>о</sup> утромъ показала 39<sup>о</sup>, пульсъ 80. Вечеромъ въ тотъ же день 39,2 пульсъ 84. Чувствительность въ области селезенки при надавливаніи. Упорная констипація, рвоты нѣтъ. 21 мая температура утромъ 39, пульсъ 80, вечеромъ 39,3 пульсъ 86. Въ области слѣпой кишки gargouillement и чувствительность. Нѣсколько меньшая есть и въ лѣвой подвздошной области. При этомъ у больного была retention urinae. Тоже самое полусонливое состояніе, полная афазія. Констипація уступила 2 приѣмамъ по 0,25 каломеля, за которыми послѣдовалъ приемъ кастороваго масла, только въ полдень 21 мая. Тогда была, въ первый разъ съ того времени, какъ больной слегъ въ постель, выпущена произвольно моча. Испражнения были кашицеобразны, необильны, вслѣдствіе чего былъ повторенъ каломель съ ялапой, 22 мая. Температура въ этотъ послѣдній день была 39,3 утромъ, пульсъ 86 и 39,5 вечеромъ, пульсъ 80. Несмотря однако на эту высокую температуру, больной выглядѣлъ бодрѣе, выпилъ молока, послѣ испражнения на низъ. 23 мая утромъ, при температурѣ 39,4 и пульсѣ 90, прежняя сонливость. При нашемъ приближеніи закрываетъ себѣ одѣяломъ голову. Къ прежнимъ явленіямъ прибавилось фибриллярное сокращеніе грудныхъ мышцъ съ лѣвой стороны. Сознаніе не исчезло совершенно, но ни на одинъ вопросъ не получается отвѣта. Вечеромъ 23 мая температура 38,9, пульсъ 84. Чувствительность живота, въ особенности въ области селезенки и слѣпой кишки, продолжается. Gargouillement. Въ ночь съ 23 на 24 мая были произвольныя испражнения на низъ, при чемъ больной сходилъ на полу, возлѣ кровати. Испражненіе мочи возобновилось. Испражнения не жидкія. Температура 24-го мая утромъ 38,6 пульсъ 80; вечеромъ 39, пульсъ 90. 25-го мая температура утромъ 39,2, пульсъ 90,—вечеромъ 39, пульсъ 90. Кашля не было, выслушиваніе груди не давало положительныхъ признаковъ, точно также и выслушиваніе сердца. 26 мая утромъ констатировано, слѣдующее: животъ у больного вогнутъ. Контрактуры тыльныхъ мускуловъ не замѣчается, но въ верхнихъ конечностяхъ есть нѣкоторое сопротивленіе. Уже наканунѣ вечеромъ замѣтны были у него легкія конвульсіи

\*

лѣвой верхней конечности, которыя продолжаются и теперь. Температура 38,2 пульсъ 95. Больной безъ сознанія, ptosis лѣваго вѣка, правый глазъ открытъ. Конвульсін иногда переходятъ и на правую верхнюю конечность. При расправленіи чувствуется одинаковое сопротивленіе въ обѣихъ нижнихъ конечностяхъ, а изъ верхнихъ больше въ лѣвой. Непроизвольныя испражненія послѣ приѣма каломеля. Температура вечеромъ 38,6, пульсъ 130. Къ вечеру появилось Шейне-Штокесово дыханіе и въ 5½ часовъ утра 27 мая больной умеръ.

Вскрытіе, произведенное 28 мая, дало очень интересные результаты. При снятіи черепа оказалась сильная гиперемія костной ткани и твердой оболочки мозга. Сосуды мягкихъ оболочекъ, въ особенности артеріальныя, также переполнены кровью. Самые оболочки мутны, отечны въ лимфатическихъ промежуткахъ, по развѣтвленіямъ сосудовъ, разсѣяны сѣрые бугорки, величиною въ просяное зерно, но только на поверхности, а не на основаніи мозга. Съ лѣвой стороны количество ихъ больше, чѣмъ съ правой. (Какъ замѣчено при жизни, конвульсивныя движенія были сильнѣе съ лѣвой стороны, чѣмъ съ правой, но явно одностороннихъ конвульсій не было). На основаніи мозга мягкія оболочки, переходящія отъ полушарій къ мозжечку, очень плотны, покрыты гнойно-фибринознымъ экссудатомъ. Онѣ до того срослись съ тканью мозга, что ихъ нельзя отдѣлить отъ него безъ потери вещества,—послѣднее плотно, отечно, при чемъ сѣрое анемично и атрофировано. Сводъ и стѣнки желудочковъ размягчены (трупъ лежалъ около 30 часовъ). Продолговатый мозгъ и мозжечекъ полнокровны, мягки. Вѣсъ мозга 1500 грм. Правое легкое приращено къ грудной клѣткѣ, лѣвое свободно. Есть также сращенія между правымъ легкимъ и околосердечною сумкою. Въ полости послѣдней немного серозной жидкости. Въ правомъ предсердіи, правомъ желудочкѣ сердца и въ аортѣ фибринозные свертки, съ трудомъ отдѣляющіеся отъ сердечной мускулатуры. Подобный же и въ аортѣ. На верхушкахъ обѣихъ легкихъ бугорки въ періодѣ затвердѣнія и въ періодѣ размягченія. Каверпъ нѣтъ. Печень полнокровна, нѣсколько увеличена въ объемѣ. Селезенка дольчатая, не представляетъ ничего особеннаго, по виду немного уменьшена. Всѣ мезентеріальныя желѣзы сильно припухши, полнокровны. Кишки представляютъ слѣдующее: въ нижней трети тонкихъ кишекъ язвы, нѣкоторыя величиною въ лѣсной орѣхъ. Эти язвы имѣютъ до 1½ сантиметра въ поперечникѣ, дно ихъ гиперемировано, набухшее,

края неровные. Около нѣкоторыхъ изъ нихъ, въ толщѣ кишечныхъ стѣнъ, находятся не распавшіеся бугорки. Язвы обильнѣе всего у самаго сліянія тонкихъ со слѣпою кишкою. Онѣ лежатъ всѣ въ поперечномъ діаметрѣ кишекъ и въ этомъ мѣстѣ занимаютъ почти всю окружность. Самая слѣпая кишка не содержитъ язвъ, но гиперемирована. Въ толстыхъ кишкахъ нѣтъ язвъ.

Другой случай касается больной Пейки Ж—вой, родомъ изъ с. Ново-Село, Рушукскаго округа. Она была уже раньше въ Варненской больницѣ и, находясь тамъ, родила черезъ 3 мѣсяца послѣ своего поступленія здороваго ребенка. Вначалѣ она не хотѣла его кормить грудью, не смотрѣла за нимъ. но послѣ, мало по малу, сознаніе стало къ ней возвращаться и она почувствовала родъ материнской нѣжности къ своему ребенку. Мѣсяца черезъ 2 послѣ рожденія ребенка, она была взята мужемъ значительно поправившеюся. Это было весною. 4-го октября 1891 года ее опять привели, значительно исхудавшею и ослабѣвшею. Ребенокъ ея умеръ. Говоря объ этомъ она заплакала. Послѣ поступленія, въ первую ночь она не спала, принялась разрушать стѣны, взяла кострюлю и хотѣла испражняться въ нее. Говорила мало, но молча вскакивала съ своего мѣста и наносила удары то той, то другой изъ больныхъ. Все это дѣлалось безъ малѣйшаго раздраженія. безъ измѣненія въ лицѣ. Разъ она мнѣ рассказала, что мужъ ударилъ ее и при этомъ у нея потекли слезы. Вообще она производила впечатлѣніе несчастной, забитой женщины. Вскорѣ она перестала бить больныхъ, сидѣла неподвижно по цѣлымъ днямъ на одномъ мѣстѣ и не хотѣла работать. Отъ времени до времени у нея появлялся упорный поносъ. который 2 раза уступилъ леченію. Въ третій разъ онъ появился прошлою зимою и не прекращался. Больная слабѣла и худѣла изо дня въ день и превратилась въ живой скелетъ. При этомъ у нея не было ни кашля, ни возвышенной температуры. Апетитъ былъ сохраненъ. Сознаніе вернулось вполнѣ, но всѣ интересы ограничивались заботою объ ѣдѣ и своихъ отправленіяхъ. Въ послѣднее уже только время больная стала просить дать ей платье, такъ какъ она хочетъ уйти домой, и увѣряла, что она въ состояніи добрести. Появились пролежни на крестцовой кости и на вертелахъ. Больная не вставала съ постели больше мѣсяца и угасла, говоря до послѣдней минуты. Она всегда плохо дышала, поэтому ее трудно было выслушивать, а выстукиваніе давало тупость въ обѣихъ легкихъ. Хриповъ никакихъ нельзя было констатировать.

При вскрытіи найдено: атрофія мозга, зависящая отъ утонченія извилинъ. Вѣсъ мозга 1150 грам. Въ грудной клѣткѣ такія приращенія легкихъ съ окружающими частями, что легкія совершенно не могутъ быть вынуты безъ помощи ножа. Въ обѣихъ легкихъ найдены туберкулезныя каверны, величиною съ грецкій орѣхъ, не сообщающіяся съ бронхами. — въ лѣвомъ легкомъ на верхушкѣ и въ правомъ въ средней долѣ, а въ нижней затвердѣніе. Съ правой стороны грудной клѣтки, надъ діафрагмою, послѣ вынутія легкаго, виднѣется густой гной, выходящій какъ оказывается, изъ abscess'a ограниченаго съ одной стороны стѣнкой плевры, а съ другой стороны 7 и 8 ребромъ и межребернымъ пространствомъ. По вскрытіи нарыва констатируется ясно шероховатость 8-го ребра, отъ середины его до сочлененія съ позвонкомъ. Другой нарывъ, не сообщающійся съ первымъ, лежитъ передъ позвоночнымъ столбомъ, на уровнѣ 11-го и 12-го грудныхъ позвонковъ. По снятіи надкостницы, легко отдѣляются куски костной ткани. На наружныхъ покровахъ въ соответствующихъ костотѣдѣ мѣстахъ не было положительно никакихъ признаковъ, указывающихъ на это глубокое страданіе. Пролежень, находившійся на крестцѣ, былъ поверхностный и не имѣлъ никакого отношенія къ костотѣдѣ. Изъ остальныхъ органовъ интересно утонченіе стѣнокъ желудка въ лѣвой половинѣ до такой степени, что онѣ походили на напиросную бумагу. Въ кишкахъ, кромѣ хронической гипереміи и утолщенія стѣнокъ, ничего не найдено.

Наконецъ, 3-й случай касается дѣвушки Елены Б—вой, 23 лѣтъ, родомъ изъ старой Загоры. Она сдѣлалась меланхоличной послѣ того, какъ, вслѣдствіе оспы, ослѣпла на оба глаза. Въ больницѣ она была тиха всегда, иногда пѣла пѣсни. Поврежденіе ея глазъ состояло въ хроническомъ воспаленіи радужной и сосудистой оболочки глазъ. Она охотно исполняла всѣ приказанія и ни съ кѣмъ не ссорилась. Два раза во время ея пребыванія въ больницѣ съ 14-го ноября 1888 г. у нея появлялся громаднй отекъ лица, распространявшійся затѣмъ на кожу, покрывающую черепъ. Въ первый разъ это было 3 апрѣля 1892 г. При этомъ отекъ замѣтна была краснота на кожѣ праваго виска. Въ ночь съ 3 на 4-е апрѣля у нея появились невыносимыя боли въ правомъ глазу. Главнй отекъ былъ на правыхъ вѣкахъ. Отекъ спалъ послѣ прикладыванія льда, и послѣ этого была констатирована полная атрофія праваго глазного яблока.



Второй отекъ явился прошлою зимою, 28-го января. Онъ начался съ середины лба и распространился по лицу, но черезъ два дня исчезъ послѣ прикладыванія льда. На этотъ разъ болѣе никакихъ не было. Съ наступленіемъ весны, я обратила вниманіе на то, что больная начала худѣть, но она не кашляла и ни на что не жаловалась. 3-го іюня настоящаго года она перестала ѣсть, стала жаловаться на головную боль и стонать. При этомъ замѣтенъ былъ у нея объективно знобъ. Температура, измѣренная въ это время, показала 40°, пульсъ 130. Вечеромъ температура 40°, пульсъ 140. 4-го іюня утромъ температура 30,5, пульсъ 130, въ лѣвой рукѣ легкія конвульсивныя движенія. Изъ носу вытекаетъ гнойная жидкость. При выслушиваніи груди, констатируются мокрые бронхиальныя хрипы въ обоихъ легкихъ, въ особенности въ лѣвомъ. На верхушкѣ праваго легкаго кавернозное дыханіе спереди и сзади. Больная дышетъ тяжело, имѣетъ 40 дыханій въ минуту. Губы и десны покрыты бурымъ налетомъ. Она отвѣчаетъ на вопросы, говоря, что теперь у нея ничего не болитъ. Постоянно что-то боршочетъ про себя. Вечеромъ температура 40,5, пульсъ 150. Легкія конвульсивныя движенія въ лѣвой рукѣ. У больной запоръ. Утромъ 5 іюня 39,8, пульсъ слабый и прерывистый, такъ что нельзя сосчитать. Сердечныя тоны слабы. Дыханіе тяжелое, ноздри раздуваются. Вечеромъ пульсъ 120, температура 40, дыханіе 30. Сознаніе и чувствительность не потеряны, такъ при надавливаніи живота она говоритъ: „оставь меня—у меня болитъ животъ“, и отталкиваетъ мою руку. Пожелала напиться воды и послѣ этого у нея сдѣлалась рвота желчью. Утромъ 6-го іюня температура 38,5, вечеромъ 40,5, пульсъ 140. Сознаніе не было потеряно до самой смерти. Умерла 8-го іюня въ 8 ч. утра.

При вскрытіи найдено утолщеніе лобной и затылочной костей черепа. Вѣнечный шовъ ясно виденъ, близъ него два утонченія кости. На внутренней поверхности твердой оболочки мозга кровяные подтеки. Пазухи переполнены кровью. Кровоизліяніе въ подпаутинномъ пространствѣ. Мозговое вещество довольно плотно, особенно центры. Послѣдніе блѣдны, анемичны. Точно также блѣдно сѣрое вещество мозга. Вѣсъ мозга 1200 граммовъ. Правый глазъ атрофированъ на половину. Онъ представляетъ изъ себя мѣшокъ изъ соединительной ткани, наполненный пигментомъ.

При открытіи грудной клѣтки лѣвое легкое оказывается приросшимъ и покрытымъ ложными перепонками въ нижней

части. Переднія части легкихъ, лишены воздуха, эмфизематозны, а заднія гиперемированы, отечны. Въ лѣвомъ легкомъ на верхушкѣ нѣтъ никакого поврежденія, въ нижней части верхней доли сѣрое опеченѣніе. Изъ бронхъ вытекаетъ въ большомъ количествѣ гнойно-пѣнистая жидкость. Въ правомъ легкомъ каверны и бугорки въ періодѣ размягченія, на верхушкѣ и въ нижней долѣ.

Во всѣхъ трехъ вышеприведенныхъ случаяхъ бугорчатка подкрадывалась тихо, незамѣтно, такъ какъ во второмъ случаѣ, при упорномъ поносѣ и полномъ истощеніи, можно было скорѣе думать объ язвахъ въ кишкахъ, чѣмъ о кавернахъ въ легкихъ, а оказалось наоборотъ. Случай съ К—вымъ былъ труденъ для діагностики по быстротѣ теченія и характеру температуры, которая заставляла думать и о тифозномъ процессѣ. Третій случай я сочла интереснымъ потому, что вскрытіе не дало объясненія временно появившимся, затѣмъ исчезавшимъ, отекамъ лица и головы. Кромѣ того и здѣсь бугорчатка не заявила себя ничѣмъ другимъ, кромѣ легкаго исхуданія въ послѣдній мѣсяцъ. Являлись ли закупориванія сосудовъ причинами временныхъ отековъ, происходило ли это закупориваніе въ мозговыхъ пазухахъ, или это было дѣло вазомоторнаго характера—этотъ вопросъ остался не разъясненнымъ. Въ сердцѣ, кромѣ нѣкоторой блѣдности стѣнокъ, не найдено ничего особеннаго.

---

## Обзоръ сочиненій по криминальной антропологiи.

Проф. В. Ф. Чижъ.

Я не сожалью о затраченномъ трудѣ для составленія двухъ предыдущихъ обзоровъ, такъ какъ оказалось, что такіе обзоры дѣйствительно нужны; успѣхи этой новой отрасли патологiи нервной системы настолько велики, что заслуживаютъ самаго серьезнаго вниманія; интересъ къ криминальной антропологiи очевидно возрастаетъ, что между прочимъ доказывается тѣмъ, что новый органъ по неврологiи — „Неврологическій Вѣстникъ“ тоже вводитъ у себя обзоры по криминальной антропологiи. Возможность составлять уже три раза ежегодные обзоры лучшее доказательство, что я началъ своевременно этотъ трудъ. Цѣль моя — знакомить, обращать вниманіе врачей на лучшія, интересныя сочиненія въ этой области во всякомъ случаѣ, достигается, какъ въ томъ неоднократно убѣждался, эти обзоры обратили на себя вниманіе и неспеціалистовъ.

О третьемъ Брюссельскомъ конгрессѣ криминальной антропологiи я говорить здѣсь не буду; отчетъ объ этомъ конгрессѣ я нашелъ болѣе умістнымъ помѣстить въ журналѣ „Вопросы Философiи“ (кн. 16) такъ какъ, собственно, для нейропатологовъ онъ не представляетъ особаго интереса; поэтому и Kurella далъ о немъ (Stblt. f. Nervenheilkunde 92-й №) только краткій, въ общемъ отрицательный отзывъ; доклады психіатровъ на этомъ конгрессѣ никакого интереса для спеціалистовъ не имѣли, такъ какъ содержали лишь давно намъ извѣстное <sup>1)</sup>.

Когда говоришь объ успѣхахъ криминальной антропологiи, то прежде всего нужно говорить о томъ, что написано Ломброзо. Всякій честный, любящій успѣхи мысли, ученый, каковы бы не были его убѣжденія и взгляды въ вопросахъ кри-

---

<sup>1)</sup> Вв. Neurolog. Stblt. даны рефераты этихъ докладовъ, изъ которыхъ только работа Тарновской достойна вниманія.

минальной антропологии, долженъ отдать дань уваженія этому неутомимому, талантливому борцу за новое учение; только завистью можно объяснить пренебреженіе современныхъ Вагнеровъ къ этому, бесспорно, выдающемуся ученому.

Съ послѣдовательностью и энергіей, возбуждающими глубокое уваженіе, этотъ трудолюбивый ученый издаетъ не только спеціальныя изслѣдованія, но и знакомить весь образованный міръ съ успѣхомъ криминальной антропологии. Последняя книга Ломброзо носитъ названіе „Les applications de l'Anthropologie criminelle. (Paris Alcan. 1892. 222 p.p.)“; Ломброзо даетъ въ этой книжкѣ обзоръ не только успѣховъ криминальной антропологии, но и то, что дала для жизни эта новая область знанія; вотъ почему авторъ далъ такое заглавіе настоящей книги.

Такъ какъ сама книга представляетъ обзоры успѣховъ криминальной антропологии, то передавать ея содержаніе невозможно; прежде всего я долженъ сказать, что книжка эта должна быть прочитана всякимъ, интересующимся криминальной антропологіей; она стоитъ, даже очень, того, чтобы быть внимательно прочитанной. Вообще это послѣднее сочиненіе Ломброзо превосходитъ всѣ предыдущіе въ двухъ отношеніяхъ; во-первыхъ этотъ увлекающійся ученый въ этой книгѣ не высказываетъ категорическихъ сужденій, какъ выводы изъ собственныхъ мало доказательныхъ изслѣдованій: извѣстно, что поспѣшность въ заключеніяхъ и притомъ крайне категорически высказываемыхъ, и несовершенная техника изслѣдованій подрывали довѣріе къ ученію Ломброзо; во-вторыхъ почтенный авторъ въ этой книгѣ неоднократно высказываетъ, что найденные имъ и другими изслѣдователями признаки „преступнаго человѣка“ суть дегенеративнаго, вообще патологическаго характера; судя по тому, что теперь говоритъ Ломброзо, можно заключить, что онъ отказался отъ своей несостоятельной теоріи атаксизма и понялъ полную неосновательность предположенія о преступленіи, какъ проявленіи эпилепсін, хотя прямо онъ и не говоритъ, что отказывается отъ этихъ теорій. Ломброзо очень уменъ и потому конечно онъ понялъ въ чемъ онъ заблуждался и сумѣлъ воспринять наиболѣе цѣнное въ ученіи другихъ изслѣдователей. Ни въ одномъ предыдущемъ сочиненіи Ломброзо не говорилъ такъ сдержанно и примирительно, какъ въ настоящемъ, въ которомъ почти совсѣмъ нѣтъ тѣхъ парадоксовъ, которые, не смотря на то, что многіе изъ нихъ были крайне блестящи, вообще

портили сочиненія этого автора, а потому почти со всѣмъ сказаннымъ въ этой книгѣ я могу согласиться — чего не могу сказать о предыдущихъ сочиненіяхъ Ломброзо.

Первая глава трактуетъ о политическихъ преступникахъ; авторъ строго раздѣляетъ революціонеровъ—отъ бунтовщиковъ, руководителей человѣчества въ его политической жизни отъ нарушителей политическаго порядка; онъ вполне справедливо указываетъ, что даже по наружности первые рѣзко отличаются отъ другихъ; благородные, кроткіе умные головы (напр. Шарлоты Кордэ) первыхъ не имѣютъ ничего общаго съ головами, отмѣченными признаками вырожденія вторыхъ. Представителя современной испорченности, Равашоля, Ломброзо считаетъ врожденнымъ преступникомъ; авторъ справедливо замѣчаетъ, что у этого злодѣя звѣрское (*bestialité*) лице; весьма доказательно, что дѣдъ и отецъ Равашоля кончили жизнь на эшафотѣ; отецъ его (Konigstein) бросилъ семью на произволъ судьбы, когда Равашоль былъ ребенкомъ, такъ что о вліяніи воспитанія не можетъ быть и рѣчи; мать была хорошая, трудящаяся женщина. Дѣло Равашоля для всякаго непредупрежденнаго современника суть блестящее подтвержденіе справедливости ученія Ломброзо; благодаря идеямъ этого мыслителя, мы теперь можемъ понять и оцѣнить дѣятельность этого выроodka, который передъ простяками изображалъ изъ себя бойца за униженныхъ, въ дѣйствительности же былъ врожденный преступникъ, неспособный къ труду, съ совершенно неразвитыми чувствованіями симпатіи и чести.

Въ третьей главѣ авторъ говоритъ о нѣкоторыхъ тюрьмахъ и мѣстахъ ссылки, при чемъ неоспоримыми данными доказываетъ, что всѣ системы исправленія преступниковъ, испробованныя до сихъ поръ, оказались безсильными измѣнить натуру нѣкоторыхъ преступниковъ; интересно описаніе Исправительной Тюрьмы D'Elmira, директоръ которой раздѣляетъ многія воззрѣнія Ломброзо; тамъ много заботятся объ укрѣпленіи организма преступниковъ, но конечно исправляютъ далеко не всѣхъ.

Четвертая глава наиболѣе поучительна, такъ какъ состоитъ въ изложеніи теорій представителей криминальной антропологіи—Garafolo, A. Levy-Bruhl, Joly, юристовъ Tarde и Van-Nammet; Ломброзо имѣетъ полное право гордиться усиѣхами криминальной антропологіи; если бы идеи Ломброзо были такъ ничтожны, какъ то стараются доказать нѣкоторые Вагнеръ антропологіи и юриспруденціи, выдающіеся писатели не

занимались бы критикой и дополненіемъ того, что писалъ Ломброзо; его идеи и его книги были бы обречены забвенію; живое вниманіе Van-Namel къ криминальной антропологіи весьма убѣдительный аргументъ въ пользу этой новой области знанія.

Слѣдующая глава трактуетъ о конгрессахъ въ Петербургѣ, Антверпенѣ, Бернѣ, Христіаніи; Ломброзо относится пренебрежительно къ конгрессамъ, такъ какъ по его мнѣнію, большинство участниковъ конгрессовъ—полу-ученые (*demi-savants*); особенно рѣзко, и не безъ основанія, онъ отзывался о Петербургскомъ конгрессѣ тюрьмовѣдовъ; какъ извѣстно этотъ конгрессъ не согласился съ тѣмъ, что есть несправивые преступники, что и неудивительно, такъ какъ большинство членовъ этого конгресса лишь вскользь видѣли арестантовъ; конгрессы—въ Бернѣ и Христіаніи доказали, что основные принципы криминальной антропологіи мало по малу пріобрѣтаютъ право гражданства.

Ломброзо не пріѣхалъ на конгрессъ въ Брюссель; его отношеніе къ конгрессамъ, изложенное въ этой главѣ объясняетъ намъ это странное, на первый взглядъ, его отсутствіе въ Брюсселѣ.

Въ VI-й главѣ авторъ разбираетъ изображенія преступниковъ въ литературѣ; нужно ли говорить что и по настоящее время „Мертвый Домъ“ остается недостижимымъ образцомъ для поэтовъ всѣхъ странъ; Ломброзо убѣдительно доказываетъ что Золя не знаетъ преступниковъ и въ *Bête Humaine* преступникъ изображенъ совершенно неправильно; проникнуть въ душу преступника очень трудно и Золя, насколько извѣстно, не имѣлъ возможности изучить преступниковъ. Объ изображеніи преступниковъ въ живописи и скульпторѣ (глава VII-я) я уже говорилъ въ предъидущемъ обзорѣ (*Lefort. Type criminel d'après les savants et les artists*); объ этой же книгѣ говорить и Ломброзо.

Послѣдняя глава представляетъ описаніе техники измѣренія арестантовъ Bertillon, антропометра Aufosso, антропометра Sergi, черепнаго клинометра Gaudenzi, катетометра Benedikt'a. Послѣднія два аппарата я видѣлъ; онѣ такъ сложны и дороги, созданы съ столь исключительными цѣлями, что едва ли кто нибудь ими будетъ пользоваться. Пока не будетъ ясно опредѣлено, что и почему слѣдуетъ измѣрять на черепѣ, всѣ подобные аппараты имѣютъ сомнительное значеніе и до сихъ поръ самымъ совершеннымъ методомъ слѣдуетъ

считать тотъ, который принять Bertillon'омъ т. е. французской школы антропологіи; болѣе точные и детальныя измѣренія намъ недоступны, пока геній, равный Брока, не освѣтитъ намъ дорогу, по которой мы должны двигаться впередъ. Такое убѣжденіе я вынесъ при моемъ посѣщеніи антропологическихъ кабинетовъ лѣтомъ 1892 г.; мнѣнія ученыхъ весьма не сходны между собой; то, что одинъ считаетъ большимъ открытіемъ, другой принимаетъ за доказательство невѣжества и т. д.; вообще нѣтъ ничего въ антропометріи прочно установленнаго доказаннаго, кромѣ того, что сдѣлано было Брока. Поэтому нельзя считать, что черепъ преступниковъ и душевнобольныхъ ни чѣмъ не отличается отъ нормальнаго; мы еще не обладаемъ умѣніемъ опредѣлить тонкія отклоненія.

Самаго лучшаго отзыва заслуживаетъ брошюра Dr Kurella *Lombroso und die Naturgeschichte des Verbrechens. (Sammlung gemeinverständlicher wissenschaftlicher Vorträge, № 147-й. 1892. 52 s.s.)*. Принятіе брошюры въ это изданіе свидѣтельствуешь о стремленіи руководителей научной мысли въ Германіи познакомить публику съ криминальной антропологіей; отношеніе Dr Kurella къ ученію Ломброзо извѣстно и потому понятно въ какомъ духѣ написана эта книжка, что впрочемъ явствуетъ и изъ самаго заглавія. Авторъ высоко цѣнитъ заслуги Ломброзо и даже сообщаетъ вкратцѣ его біографію. «Ломброзо весьма многосторонній изслѣдователь; онъ обладаетъ и всестороннимъ образованіемъ и высокою геніальностью», говоритъ Kurella (s. 6). Брошюра представляетъ сжатое изложеніе главнѣйшихъ признаковъ преступнаго человѣка, съ критической ихъ оцѣнкой. Kurella настаиваетъ на томъ, что криминальная антропологія сдѣлала большія успѣхи, что она заняла прочное мѣсто на ряду съ нейрологіей и психіатріей, что она составляетъ часть медицины и потому врачи все болѣе и болѣе ей интересуются, почему мало по малу и спеціально—медицинскіе журналы отводятъ особые отдѣлы этой области знанія и указываетъ на заслугу, въ этомъ отношеніи журналы *Centralblatt f. Nervenheilkunde*. Прибавляю, что авторъ придаетъ большое значеніе работѣ Тарновской и считаетъ это изслѣдованіе образцовымъ.

Kurella, компетентность котораго едва ли можетъ быть оспариваема, признаетъ несомнѣннымъ, что между преступниками много вырождающихся, что преступный человѣкъ отличается многими особенностями своей организаціи. Установивъ недо-

казательность ученія о преступномъ типѣ или о типѣ преступнаго человѣка, авторъ однако соглашается, что врожденный преступникъ человѣкъ съ несовершеннымъ мозгомъ, неспособнымъ къ полному развитію; тѣмъ не менѣе преступника нельзя считать больнымъ; они составляютъ особую группу; задача антропологін изучать и опредѣлить преступнаго человѣка, выяснитъ причины обуславливающія такія уродства, для того чтобы ихъ предупреждать. Kurella вполне вѣрно оцѣнилъ значеніе Ломброзо, какъ творца гениальной и плодотворной гипотезы, давшей новое направленіе въ изученіи столь громадной важности соціальнаго явленія. Какъ естествоиспытатель, авторъ ясно сознаетъ, что достоинство гипотезы опредѣляется тѣмъ, насколько она широко ставитъ задачи для изслѣдователей, сколько изслѣдованій ею обусловлено, и въ этомъ отношеніи гипотеза Ломброзо крупное пріобрѣтеніе человѣчества; было бы удивительно, если бы тотчасъ-же все было изучено и доказано; гипотеза Ломброзо вызоветъ еще много, очень много изслѣдованій именно потому, что это гениальная гипотеза.

Въ концѣ авторъ приводитъ литературу предмета, насколько онъ ей пользовался; всего 47 сочиненій.

Только что вышедшее сочиненіе Kurella-Naturgeschichte der Verbrechers (Stuttgart. 1893, 278 ss.), безусловно лучший учебникъ криминальной антропологін; широкое пониманіе авторомъ вопроса, полная его компетентность и самостоятельность сужденій, прекрасное изложеніе—все это дѣлаетъ настоящую книгу образцовымъ сочиненіемъ; нужно желать, чтобы скорѣй появился переводъ произведенія Kurella, безусловно необходимый для распространенія среди нашей образованной публики свѣдѣній по криминальной антропологін.

Отношеніе автора къ Ломброзо и криминальной антропологін то же, что и въ предыдущемъ его трудѣ; такимъ образомъ новое ученіе получаетъ все болѣе и болѣе права гражданства и книга Kurella сослужитъ не малую службу распространеніемъ новыхъ идей среди германской публики, до сихъ поръ имѣвшею только переводы двухъ большихъ сочиненій Ломброзо.

Настоящая книга есть полное руководство по криминальной антропологін; Kurella, предназначая свою книгу для судебныхъ врачей, психіатровъ, юристовъ и тюремныхъ чиновниковъ разъясняетъ техническіе термины, приводитъ необходимыя для уразумѣнія не специалистами, данныя по анатоміи, антропологін и т. п. почему книга дѣйствительно можетъ быть понята и юристами и тюремными чиновниками.



Криминальная антропологія настолько установлена, что во всѣхъ руководствахъ уже соблюдается одинъ и тотъ же планъ; такъ и Kugella, послѣ краткаго введенія трактуетъ о физической организаціи преступника, (черепъ, скелетъ, мозгъ и т. д.), затѣмъ объ аномаліяхъ фізіологическихъ отравленій преступника и наконецъ излагаетъ психическія особенности преступника.

Kugella самъ изучалъ преступниковъ и потому въ его книгѣ спеціалисты найдутъ много новыхъ данныхъ; результаты наблюденій и изслѣдованій автора являются новымъ подтвержденіемъ ученія Ломброза. Слѣдуетъ отмѣтить, что Kugella въ настоящемъ сочиненіи, не вполне соглашается съ теоріей, объясняющей всѣ наблюдаемыя у преступниковъ аномаліи вырожденіемъ; само понятіе о вырожденіи, какъ справедливо замѣчаетъ Kugella, не вполне выяснено; взглядъ Morel'я писавшаго до появленія трудовъ Дарвина, не вполне соответствуетъ нашимъ современнымъ воззрѣніямъ; аномаліи преступника далеко не всѣ патологическаго характера и нѣкоторыя ничего общаго съ вырожденіемъ не имѣютъ. Авторъ нѣкоторыя аномаліи преступниковъ (прогнатизмъ, не пропорціонально большія скулы и т. п.) считаетъ атавистическими; по его мнѣнію эти признаки сближаютъ ихъ съ обезьянами и онъ поэтому называетъ таковыя приматоидными.

Авторъ однако не отрицаетъ вліянія среды на развитіе преступныхъ натуръ; но онъ какъ натуралистъ правильно оцѣниваетъ значеніе этого фактора и неоднократно иронизируетъ надъ французами, которые на конгрессѣ въ Брюсселѣ все сваливали на среду. Для меня особенно пріятно было встрѣтить въ этой книгѣ ту-же мысль, что высказалъ и я въ моемъ трудѣ „Лекціи по судебной психопатологіи“, а именно, что среда можетъ обуславливать происхожденіе преступныхъ натуръ воздѣйствіемъ на здоровье родителей; дѣти голодныхъ, истощенныхъ трудомъ и потому злоупотребляющихъ алкоголемъ родители часто обладаютъ несовершенной организаціей. Относительно большое число преступниковъ въ Восточной Пруссіи, Kugella объясняетъ тѣмъ ужаснымъ положеніемъ, въ которомъ поземельное дворянство держитъ польское населеніе этихъ провинцій. Авторъ самъ собралъ въ архивахъ свѣдѣніе о нѣкоторыхъ семействахъ преступниковъ; эти данныя свидѣлствуютъ о наслѣдственности преступной организаціи и о ближайшемъ родствѣ между алкоголизмомъ, преступленіемъ, проституціей и душевными болѣзнями.

Во всей книгѣ много чрезвычайно мѣткихъ, весьма плодотворныхъ сужденій автора, напр., то, что между дѣтьми разлученныхъ родителей преступниковъ относительно больше, вовсе не доказываетъ, по справедливому замѣчанію автора, вліяніе среды на преступность; въ большинствѣ случаевъ разводъ родителей обусловлены болѣзнью, пьянствомъ, безнравственностью одного или обоихъ супруговъ; понятно, что между дѣтьми такихъ родителей должно быть больше преступниковъ. чѣмъ между дѣтьми родителей, способныхъ къ мирной семейной жизни,

Говоря о психологій преступника, Kugella вполне справедливо замѣчаетъ, что мы знаемъ очень много объ особенностяхъ психическаго склада преступниковъ, но эти аномаліи не сведены еще на основныя психическіе процессы, что психологія преступника нуждается въ научной обработкѣ.

Я конечно не могу передавать содержаніе этой крайне богатой и фактами и сужденіями книги, я могу только засвидѣтельствовать, что ни въ одномъ другомъ сочиненіи послѣ L'homme criminel Ломброзо, я не нашелъ столько поучительнаго, какъ въ настоящей книгѣ. Ничего заслуживающаго одобренія я въ ней не нашелъ; конечно это болѣе компилятивная, чѣмъ оригинальная работа, но такія книги весьма и весьма полезны.

Kugella знаетъ русскій языкъ и потому ему хорошо извѣстны работы русскихъ авторовъ; перечень литературы, сколько я могу судить весьма полный, названы лишь сочиненія по криминальной антропологій и этотъ перечень доказываетъ какъ нельзя лучше крупную роль новаго направленія, созданнаго Ломброзо.

Книга снабжена многими хорошо сдѣланными рисунками и таблицами; издана, какъ и всѣ изданія этой фирмы, хорошо.

Наконецъ и въ Америкѣ появилось сочиненіе, представляющее изложеніе криминальной антропологій—Criminalology Arthur Mac Donald (New-York 1843). „Книга посвящена авторомъ Ломброзо—*творцу криминологіи*; краткое предисловіе написано Ломброзо. Изъ этого видно какъ относится авторъ къ криминальной антропологій. Вообще эта книга можетъ служить доказательствомъ торжества ученія Ломброзо; въ Америкѣ настолько интересуются успѣхами этой новой области знаній, что понадобились сочиненія, излагающія ученіе криминальной антропологій. Авторъ педагогъ по профессіи, зани-

мался медициной, слѣдовательно не имѣетъ свойственныхъ юристамъ предубѣжденій противъ медицинскаго изученія преступника.

Книга распадается на три отдѣла: первый отдѣлъ (172 стр.) есть собственно изложеніе главнѣйшаго, выработаннаго криминальной антропологіей, ученія; второй (102 стр.)—нѣсколько подробныхъ біографій преступниковъ, собранныхъ авторомъ; третій (133 стр.)—подробный перечень сочиненій по криминальной антропологіи и судебной медицинѣ.

Первый отдѣлъ представляетъ сжатое изложеніе ученія о преступникѣ; авторъ слѣдуетъ тому же плану, какъ и другіе авторы; сначала кратко говоритъ о развитіи преступленія, о преступленіяхъ у дикарей, о дѣтской преступности и вообще о значеніи преступленія; чего либо новаго и оригинальнаго тутъ нѣтъ.

Слѣдующая глава (II-я) представляетъ дѣльное описаніе физической организаціи преступника, на основаніи изслѣдованій представителей криминальной антропологіи; въ общемъ авторъ считаетъ доказаннымъ, что врожденные преступники имѣютъ особую организацію, хотя и не раздѣляетъ всѣхъ увлеченій Ломброзо и его учениковъ. Mac-Donald ограничивается изложеніемъ данныхъ другихъ авторовъ, но этотъ отдѣлъ книги заслуживаетъ вниманія, какъ по ясности изложенія, такъ и по многимъ, достойнымъ вниманія, замѣчаніямъ автора, напр. говоря объ анатомическихъ аномаліяхъ черепа и мозга, авторъ справедливо замѣчаетъ, что эти аномаліи нельзя объяснять только условіями развитія; аномаліи дѣятельности этого органа не только обусловлены аномаліями ихъ строенія, но въ свою очередь обуславливаютъ и неправильности строенія,—такъ по крайней мѣрѣ мы должны думать, на основаніи всѣхъ нашихъ знаній о зависимости между строеніемъ органа и его дѣятельностью.

Психологію преступника авторъ излагаетъ въ слѣдующихъ двухъ главахъ; общепризнанныя особенности душевной организаціи считаетъ врожденными Mac-Donald также, какъ Désiré, Ломброзо и другіе авторы, занимавшіеся специально изученіемъ преступника; онъ самъ занимается изученіемъ преступника и потому не можетъ раздѣлять взгляды Tarde, что эти особенности пріобрѣтены вслѣдствіе условій ихъ жизни; думать же, что преступники (врожденные и привычные) ничѣмъ не отличаются отъ нормальныхъ людей могутъ только юристы или не изучавшіе сами преступника, или лишенные всякой наблюдательности, главное же: *les gens du commun ne trouvent pas de difference entre les hommes.*

Слѣдующія главы (V, VI, VII) менѣ интересны, такъ какъ въ нихъ говорится объ ассоціаціяхъ преступниковъ, преступномъ контагѣ и гипнотизмѣ; объ ассоціаціяхъ преступниковъ авторъ говоритъ то же, что и Ломброзо; значеніе гипнотизма и внушенія въ преступленіи еще не изучено и авторъ не имѣетъ собственныхъ наблюденій.

Глава, трактующая рецидивизмъ, прочтется всякимъ съ пользой и интересомъ, вслѣдствіе важности предмета; не только для юриста, но и для всякаго этотъ вопросъ имѣетъ громадное значеніе; жаль только, что авторъ очень бѣгло излагаетъ эту тему.

Второй отдѣлъ книги—самостоятельное изслѣдованіе пяти преступниковъ. Хотя авторъ при своемъ изученіи пользовался уже выработанными, да и то не всѣми, методами изслѣдованія, все таки мы должны быть ему благодарны за попытку подробнаго, многосторонняго изученія отдѣльныхъ лицъ, тѣмъ болѣе что онъ собиралъ всѣ свѣдѣнія о ихъ поведеніи въ тюрьмѣ и т. п. До сихъ поръ почти ничего не сдѣлано въ этомъ направленіи и поэтому всякая попытка изучать все-сторонне эти загадочныя натуры представляетъ громадный интересъ. Всѣ изученныя имъ личности уже съ дѣтства обнаруживали особенности, свойственныя преступникамъ и ихъ біографіи являются новымъ подтвержденіемъ ученія о врожденномъ преступникѣ. Чтеніе этихъ біографій въ высшей степени поучительно, оно знакомитъ съ своеобразными, мало намъ извѣстными и мало намъ понятными, натурами.

Заключеніе автора стоитъ въ рѣзкомъ противорѣчій съ содержаніемъ всей книги,—именно онъ говоритъ о великомъ значеніи воспитанія въ измѣненіи преступныхъ натуръ.

Въ третьемъ отдѣлѣ авторъ даетъ самую полную литературу предмета; уже одно число страницъ этого отдѣла свидѣтельствуетъ, какъ много работаютъ въ этой области; нужно однако сказать, что авторъ упоминаетъ о сочиненіяхъ даже не имѣющихъ отношенія къ криминологіи—напр. *Annuaire de Gandarmerie*,—или имѣющихъ только нѣкоторое соприкосновеніе съ предметомъ; позволительно усумниться, чтобы авторъ прочиталъ всѣ приведенныя имъ сочиненія. Перечислены ли всѣ работы авторомъ—рѣшить не могу; во всякомъ случаѣ столь полный перечень литературы очень полезенъ и занимающіеся криминальной антропологіей будутъ весьма благодарны за этотъ нелегкій трудъ.

Книга издана хорошо, но, къ сожалѣнію, рисунковъ нѣтъ. Возрастающее значеніе криминальной антропологіи ясно доказывается тѣмъ, что даже католическіе священники начинаютъ интересоваться этою новою областью знанія; на конгрессѣ въ Брюсселѣ было нѣсколько священниковъ; аббатъ де-Baetz, среди шумныхъ рукоплесканій, призналъ немаловажныя, по его мнѣнію, заслуги криминальной антропологіи. Въ маѣ 1873 г., вышло его сочиненіе: *l'Ecole d'Anthropologie criminale. Lecture faite à la Conference du jeune Barreau de Bruxelles.* (Gand, 1893, p.p. 56); понятно, что лекція аббата въ кружкѣ юристовъ заслуживаетъ полнаго вниманія. Его предыдущая работа: *Les bases de la morale et du droit.* (Gand. 1893), доказываетъ, что де-Baetz не врагъ новаго, прогрессивнаго въ сферѣ мысли, уважаетъ науку: онъ признаетъ необходимымъ основаніемъ всякаго знанія — изученіе фактовъ; на основаніи изученія различныхъ патологическихъ состояній, де Baetz ограничиваетъ сферу проявленія свободной воли; что онъ говоритъ о причинахъ невѣжняемости во многомъ согласно съ взглядами психіатра и вся книга представляетъ хорошее изложеніе современнаго ученія объ источникахъ и основахъ права и нравственности. Поэтому тѣмъ болѣе интересно узнать, что можетъ сказать образованный аббатъ объ основныхъ принципахъ криминальной антропологіи. Считаю нужнымъ предупредить, что книжка эта, хотя и составляетъ лекцію юристамъ, не содержитъ въ себѣ ничего новаго и есть не болѣе, какъ, приправленный ненужнымъ краснорѣчіемъ, пересказъ самыхъ общихъ фразъ о значеніи криминальной антропологіи. De-Baetz соглашается, что криминальная антропологія оказала большія услуги тѣмъ, что обратила вниманіе на мало изученные факторы преступности—патологическія расстройства нервной системы, наслѣдственность, соціальныя условія. Но, какъ и слѣдовало ожидать, авторъ находитъ основной тезисъ криминальной антропологіи нерациональнымъ, подрывающимъ всѣ общепризнанные основы вѣщенія; свобода воли—это краеугольный камень и права и морали; нужно изучать тѣ условія, которыя мѣшаютъ проявленію свободной воли, борются съ этими условіями, напр., дурное и недостаточное воспитаніе. Все это общеизвѣстно и de-Baetz не привелъ ни одного аргумента въ подтвержденіе этихъ общеизвѣстныхъ мыслей; конечно ужъ не такими брошюрками можно опровергнуть хотя-бы то, что сказалъ Вап-Наммель на съѣздѣ въ Брюсселѣ о значеніи наказанія, какъ средства защиты прогрессирующаго, живаго общества противъ вредныхъ для него субъектовъ.

Повторяю еще разъ, что эта брошюра, хотя сама по себѣ и не заслуживаетъ вниманія, есть наилучшее доказательство того серьезнаго вниманія, съ которымъ современное образованное общество слѣдитъ за успѣхомъ криминальной антропологiи. Если-бы Ломброзо и его школа умерли, ими не интересовались-бы, ученіе Ломброзо никто не сталъ-бы опровергать, юристы въ Брюсселѣ не слушали-бы разсужденія аббата о криминальной антропологiи и самъ аббатъ избралъ-бы другую тему для бесѣды съ юристами.

Слѣдуетъ упомянуть о книгѣ Dr Cabadé, De la responsabilité (Paris. Masson. 1893). Я не могу согласиться съ отзывомъ объ этой книгѣ журала *Annales medico-psychologiques* (1893, № 2), признающимъ за этимъ сочиненіемъ большія достоинства. Я въ немъ не нашолъ ничего новаго, а изложеніе не настолько хорошо, чтобы эта книга могла послужить въ пользу распространенія ученія криминальной антропологiи.

Чтобы характеризовать книгу, приведу для примѣра слѣдующее: авторъ признаетъ доказаннымъ, что число душевно-больныхъ и преступниковъ, а равно и количество потребляемаго алкоголя, постоянно возрастаютъ; это онъ объясняетъ воздѣйствіемъ цивилизаціи и наслѣдственности; противъ этой опасности общество должно принять серьезныя мѣры. Авторъ какъ будто не знаетъ, что все это переизвѣстно и что такой серьезный вопросъ требуетъ самаго тщательнаго изученія, а повторять уже давно сказанное не представляетъ какой либо заслуги. Авторъ только затрагиваетъ крайне важный вопросъ, но не разъясненный, и ничего не прибавляетъ къ его уясненію; а именно онъ признаетъ, что многіе преступники обладаютъ несовершенной организаціей, почему ихъ преступленія, до известной степени, обусловлены этимъ несовершенствомъ организаціи, — „эти акты (т. е. преступленія) суть послѣдствія ихъ организаціи“, по выраженію автора. Очевидно, современныя уголовныя наказанія не подходятъ для этихъ вырожденцевъ; что-же съ ними дѣлать? Авторъ предлагаетъ учрежденіе особаго жюри для рѣшенія во всякомъ случаѣ вопроса о виѣняемости; но вѣдь, и какъ онъ самъ признаетъ, мы еще знаемъ очень немногое объ организаціи преступника. Авторъ какъ-бы чувствуетъ несостоятельность современнаго ученія о виѣняемости и наказаніи, но не можетъ отказаться отъ старыхъ убѣжденій и не можетъ смѣло поставить и разрѣшить вопросы, вытекающіе изъ его взгляда на преступнаго человѣка. Въ этомъ

отношенiи онъ далеко отсталъ отъ проф. Листа, который такъ категорически высказался по этому вопросу на конгрессѣ въ Брюсселѣ.

Автору можно поставить въ заслугу его отрицательное отношенiе къ ученiю о частичной вѣтняемости и его гуманное стремленiе во всякомъ преступникѣ искать признаковъ наслѣдственности и дегенерацiи вообще; конечно, онъ и не допускаетъ мысли, чтобы такихъ больныхъ оставляли на свободѣ, какъ-то дозволяетъ наше уложенiе о наказанiяхъ, а требуетъ учрежденiя особыхъ заведенiй, гдѣ слѣдуетъ лечить такихъ больныхъ; освобождать ихъ можно изъ этихъ заведенiй только въ случаѣ несомнѣннаго и полного выздоровленiя.

Въ заключенiе слѣдуетъ сказать, что знакомый съ предметомъ въ этой книгѣ не найдетъ чего-либо новаго, а начинающiй не получитъ полного и яснаго представленiя о столь важномъ вопросѣ, какъ вѣтняемость; вообще же въ книгѣ нѣтъ ни грубыхъ ошибокъ, ни чего либо заслуживающаго порицанiя; такiя книги можно, но необязательно, прочитывать.

Такъ какъ своевременно не дано отзыва о прекрасномъ сочиненiи Н. Ellis—*The Criminal* (The contemporary science series. London 1890), то теперь считаю необходимымъ восполнить этотъ пробѣлъ; тѣмъ болѣе, что книга, какъ это видно по ея изданiю, предназначена для большого круга читателей. Авторъ въ предисловiи заявляетъ о необходимости познакомиться англiйскую читающую публику съ успѣхами криминальной антропологiи—области знанiй, такъ быстро развившейся и имѣющей право на всеобщее вниманiе.

Авторъ добросовѣстно выполнилъ взятую на себя задачу и далъ полное, хорошо написанное изложенiе современнаго состоянiя ученiя о преступникѣ. Въ общемъ Ellis раздѣляетъ воззрѣнiя Ломброзо, т. е. признаетъ, что многiе преступники надѣлены особой организацiей. Онъ послѣдовательно описываетъ особенности черепа, мозга, лица, туловища и т. д. преступника, при чемъ сперва упоминаетъ о болѣе доказанныхъ аномалiяхъ, потомъ о вѣроятныхъ и сомнительныхъ. Болѣе подробно описаны особенности психической организацiи преступника—и эти главы, также какъ и вторая, посвященная исторiи ученiя о преступникѣ, наиболѣе интересны. Въ заключенiе авторъ указываетъ на практическое значенiе криминальной антропологiи, выяснившей всю несостоятельность господствующихъ воззрѣнiй на наказанiе. Въ видѣ примѣчанiя данъ краткiй отчетъ о 2-мъ конгрессѣ криминальной антропологiи,

сообщены свѣдѣнія о международномъ союзѣ уголовного права, основаннаго въ 1889 г. проф. Листомъ и приведены нѣсколь-  
ко біографій преступниковъ и извлеченія изъ отчета объ испра-  
вительномъ заведеніи *Elmira*.

Книга издана очень хорошо и снабжена прекрасными ри-  
сунками, изъ которыхъ особеннаго вниманія заслуживаютъ  
двѣ копіи суммарныхъ фотографій преступниковъ; стоитъ  
взглянуть на эти изображенія, чтобы убѣдиться въ справед-  
ливости ученія о преступникѣ, какъ о человѣкѣ *sui generis*.

Въ заключеніе считаю себя въ правѣ утверждать, что зна-  
ніе, столь ревностно разрабатываемое, какъ криминальная  
антропология, имѣетъ блестящее будущее и несомнѣнно скоро  
настанетъ время, когда новое направленіе въ изученіи пре-  
ступника побѣдитъ господствующее теперь ученіе. О крити-  
кахъ же Ломброзо, виѣстъ съ *Zeitsch. für Psychologie* (Bd. V.  
Heft 5), слѣдуетъ сказать, что многіе изъ нихъ или не дали  
себѣ труда изучить криминальной антропологии, или питаютъ  
врожденную ненависть ко всему новому; по справедливому за-  
мѣчанію этого почтеннаго журнала, нападки на Ломброзо на-  
поминаютъ то, что писалось противъ Дарвина. Лично я изъ  
бесѣдъ съ нѣкоторыми противниками Ломброзо, пришелъ къ  
заключенію, что не малую роль тутъ играетъ нечуждая уче-  
нымъ, особенно мелкимъ, зависть: Ломброзо всѣ знаютъ, а ихъ  
лишь очень немногіе.

---

### С м ѣ с ъ.

За послѣднее время сошли въ могилу многіе знаменитые и  
извѣстные нейропатологи и психіатры, какъ: Charcot, Dela-  
siauve, Kjellberg, Steenberg и друг. Для насъ въ этой потерѣ  
можетъ быть одно утѣшеніе, что сошли въ могилу ихъ тѣла,  
духъ же ихъ и ученіе останутся не только съ нами, но и на  
долго переживутъ насъ.

---



## ОГЛАВЛЕНІЕ ХХІ ТОМА.

### КНИГА ПЕРВАЯ.

	Стр.
Отъ редакціи . . . . .	I
Д-ръ Н. И. Мухинъ, Очерки причинъ нервныхъ болѣзней .	1
Д-ръ А. И. Роте, Очеркъ исторіи психіатріи въ Россіи и Польшѣ . . . . .	49
Проф. П. И. Ковалевскій, Сифилитическая эпилепсія . .	110
Проф. В. Ѳ. Чижевъ, Къ ученію объ органической преступ- ности . . . . .	137
<b>Вибліографія:</b> Проф. Н. М. Поповъ, Рѣдкая форма мужской истеріи, 177. Проф. Н. М. Поповъ, Къ патологіи колынаго реф- лекса, 177. Проф. Я. А. Анфимовъ, Къ патологіи памяти, 178. Д-ръ Миславскій, Эхинококкъ мозга, 178. Prof. D'Abundo, Токси- ческое и бактеріи-убивающее свойство крови душевно-больныхъ, 179. Prof. Morselli, Механическія колебанія какъ лечебное средство при нервныхъ и душевныхъ болѣзняхъ, 179. Dr Renzi, Астазія- абазія, 180. Prof. Massalongo, Электрическая хорія и гастриче- ская миоклонія, 180. Dr Amaldi, Гистологическое строеніе мозго- выхъ ножекъ и locus niger, 181. Dr Sarlo e Bernardini, Исслѣдо- ваніе головного кровообращенія во время психической дѣятельности подъ вліяніемъ нервныхъ ядовъ, 181. Dr Roncoroni, Исслѣдованіе чувствительности у душевно-больныхъ, 183. Dr Fronda, Цептонурія у паралитиковъ, 184. Dr Christiani, Жвачка у душевно-больныхъ, 184. Dr Vendra, Экзалгинъ при нервныхъ и душевныхъ болѣзняхъ, 185. Dr Gallerani e Lussana, Возбудимость мозговой корки по отношенію къ патологіи, эпилепсіи и хорей, 186. Dr Ottotenghi, Психическая эпилепсія, 187. Dr Stefani, Нейрастеническая тоска, 188. Dr Arcta, Амбулаторный автоматизмъ у душевно-больныхъ, 188. Prof. Bianchi, Объ аномаліяхъ черепа у душевно-больныхъ, 189. Dr Seglas, Разстройство рѣчи у помѣшанныхъ, 189. Dr Blocq, Двойной атетозъ, 190. Prof. Mairet, Совѣстныя эпилепсія и исте- рія, 191. Dr Marie, Инфекція и эпилепсія, 192. Dr Pierret, Лечение эпилепсіи средствами, производящими судороги, 192. Dr Jaksch, Лечение эпилепсіи секціей симпатическаго шейнаго нерва, 193. Dr Boissier, Нейрастенія и депрессивная меланхолія, 193. Dr Gue- rin, Исслѣдованіе чувствительности и рефлексовъ у прогрессивныхъ паралитиковъ, 193. Prof. Spitzka, Лечение нервныхъ разстройствъ сифилитическаго происхожденія, 194. Dr Chaslin, Первичное ум- ственное разстройство, 194. Dr Ballet, Идея величія въ психопат- ологіи, 195. Dr Camuset, Regis, Seglas, Falret, Carrier, Vallon и Ritti, Бредъ отрицанія, 196. Dr Tiver, Медицинская тайна въ об- ласти нервныхъ болѣзней, 197. Dr Riu, Колонія для помѣшан-	

ныхъ, 197. Dr *Ballet*, Бредъ преслѣдованія дегенератовъ, 198. Dr *Raymond et Serieux*, Базедова болѣзнь и умственное вырожденіе, 198. Dr *Joffroy*, Общій параличъ, 199. Dr *Pierret*, Общій параличъ и tabes, 199. Dr *Vallon*, Общій параличъ, послѣдовавшій за свинцовымъ пораженіемъ мозга, 199. Dr *Bourneville*, Хирургическое леченіе идиотія, 199. Dr *Proust*, Эпилепсія гастрическая, 200. Dr *Seglas*, Истерія съ автоматизмомъ въ періодъ авры, 200. Dr *Chaslin*, Прimitivesкое острое душевное замѣшательство, 200. Dr *Deny*, Леченіе эпилепсіи бромистымъ стронціемъ, 200. Dr *Mabille*, Сѣрно-кислый дубоазинъ какъ снотворное средство, 200. Dr *Rabou*, Записка о паралитическомъ слабоуміи вообще и въ частности въ кантонѣ Vaud, 201. Dr *Frlenmeyer*, Къ ученію о прирожденномъ сифилисѣ, 202. Prof. *Iacobson*, Dementia paretica у женщинъ, 202. Dr *Geill*, Къ ученію объ общемъ параличѣ, 203. Dr *Moravcsik*, О начальныхъ признакахъ прогрессивнаго паралича, 204. Dr *Oebeke*, Къ вопросу объ этиологіи общаго прогрессивнаго паралича, 204. Dr *Näke*, О вліяніи кататоніи въ теченіи паралича у женщинъ, 206. Dr *Koenig*, О проходящемъ разстройствѣ рѣчи при прогрессивномъ параличѣ, 206. Dr *Heilbronner*, Случай афазіи при мозговомъ сифилисѣ, 207. Dr *Wulff*, Задержка умственнаго развитія вследствие поврежденія головки ребенка передъ, во время и послѣ родовъ, 207. Dr *Kölle*, О перемѣнахъ въ бредовыхъ идеяхъ, галлюцинаціяхъ и иллюзіяхъ, 208. Dr *Tilling*, Объ амнестическихъ душевныхъ разстройствахъ, 208. Dr *Kaan*, Судебно психологическое значеніе насильственныхъ представленій, 209. Dr *Renzi*, О дрожи, 210. Dr *Cramer*, Кровяное давленіе и меланхолическая тоска, 210. Dr *Cramer*, Кровяное давленіе и состояніе самочувствія, 210. Dr *Perching*, Препятствительное атрофическое пораженіе нервовъ, 211. Dr *Szontagh*, Способность расширенія зрачковъ по произволу, 211. Dr *Lery*, Астазія-абазія, 211. Dr *Stieglitz*, Измѣненія нервной системы при свинцовомъ отравленіи, 212. Dr *Clum*, Пьянство, его причины и леченіе, 212. Dr *Herter*, Исслѣдованіе причинъ идиопатической эпилепсіи, 213. Dr *Putnam*, Движеніе эпилептиковъ во время сна, 213. Dr *Ott*, Мѣсто происхожденія абсентной эпилепсіи, 213. Dr *Nias*, Экзофтальмъ при эпилепсіи, 214. Dr *Vallon* и *Carter*, Эпилепсія и дѣтскія судороги, 214. Dr *Wilmarth*, Прогнозъ при эпилепсіи, 214. Dr *Peterson*, Колонія для эпилептиковъ, 214. Dr *Prince*, Хирургическое леченіе эпилепсіи, 215. Dr *Whitwell*, Нервные элементы при микседемѣ, 215. Dr *Carter*, Случай излеченія микседемы, 216. Dr *Gray*, Диагнозъ интракраниальнаго сифилиса, 216. Dr *Fisher*, Диабетъ и сифилисъ, 216. Dr *Mickle*, Травматическій факторъ въ психозахъ, 217. Dr *Maude*, Случай офтальмоплегіи при Базедовой болѣзни, 218. Dr *Donaldson*, Зрительная область мозговой корки у Луизы Бриджменъ, 218. Dr *Ruxton* и *Goodal*, Измѣненія периферическихъ нервовъ при прогрессивномъ параличѣ, 218. Dr *Savege*, Инфлюэнца и нейрозы, 219. Dr *Turner*, Пораженіе пирамидальныхъ клѣтокъ мозговой корки при хоретѣ, 220. Dr *Townsend*, Необходимость ранняго механическаго леченія при дѣтскомъ параличѣ, 221. Dr *Glarke*, Истерія у мужчинъ, 221. Dr *Renton*, Сумашествіе и разводъ, 222. Dr *Collins*, Леченіе бессонницы, 223. Dr *Preston*, Мышечное чувство, 224. Dr *Robertson*, Гипнотизмъ въ Парижѣ и Нанси, 225. Prof. *Starr*, Мѣстная скоропроходящая эдема, 226. Смѣсь, 227.

## КНИГА ВТОРАЯ.

	Стр.
Д. Н. Стефановскій, Пассивизмъ . . . . .	1
Проф. П. И. Ковалевскій, Душевные заболѣванія при сифилисѣ мозга. . . . .	24
Д-ръ А. И. Роте, Очеркъ исторіи психіатріи въ Россіи и Польшѣ . . . . .	102
Д-ръ Н. В. Ергольскій, Самооговоръ въ состояніи алкогольной меланхоліи. . . . .	139
Библиографія: Д-ръ Э. Ф. Беллинъ, Гипнотизмъ и преступленіе, 147. Д-ръ В. Н. Воротинскій, Случай спорадическаго кретинизма, 148. Классификація общества нейронатологовъ и психіатровъ въ Москвѣ, 149. Д-ръ И. В. Константиновскій, Индуцированное помѣшательство, 149. Д-ръ Добротворскій, Попытки экспериментальнаго изслѣдованія терапевтическаго значенія франклинизации, 152. Dr <i>D'Abundo</i> , Матеріалы къ изученію фізіопатологій лимфатическихъ путей мозга, 153. Dr <i>Silvio Venturi</i> , Душевно-половое вырожденіе, 153. Dr <i>Tonini</i> , Нарушенія половой жизни у душевно-больныхъ, 162. Dr <i>Brugia</i> , Ядовитость мочи у душевно-больныхъ, 163. Prof. <i>Seppilli</i> , Объ отношеніи двусторонней слѣпоты къ пораженію затылочныхъ долей, 166. Dr <i>Pieraccini</i> , Еще неописанное явленіе въ области зрительныхъ галлюцинацій, 167. Dr <i>Cavazzani</i> , О вазомоторномъ вліяніи шейнаго симпатическаго нерва, 167. Dr <i>Marzochi</i> , Мочевая кислота въ формахъ мыслительной депрессіи, 168. Dr <i>Rossi</i> , О нѣкоторыхъ патолого-анатомическихъ локализацияхъ <i>paralysis progressiva</i> , 169. Dr <i>Lombroso</i> , Новая форма <i>folie du doute</i> , 172. Dr <i>Arnaud</i> , О бредѣ отрицанія, 172. Dr <i>Klippel</i> , Вліяніе печени на душевные заболѣванія, — печеночное сумашествіе, 172. Dr <i>Charrin</i> , Болѣзни печени и сумашествіе, 174. Dr <i>Voisin et Peron</i> , Изслѣдованіе альбуминурии послѣ эпилептическихъ приступовъ, 174. Dr <i>Blocq et Marinesco</i> , О пораженіяхъ и патогенезѣ при эссенціальной эпилепсіи, 174. Dr <i>Féré et Batigne</i> , Мѣстная асфиксія конечностей у эпилептиковъ, 175. Dr <i>Janet</i> , Истерическая анестезія, 175. Dr <i>Gilles de la Tourette et Cathelineau</i> , Объ обмѣнѣ веществъ при истеріи, 176. Dr <i>Sollier</i> , Истерическая анорексія, 176. Dr <i>Andre</i> , Нейрозы кишечника, 176. Dr <i>Peugniez et C. Fournier</i> , Меньеровская болѣзнь и эмотивность, 177. Dr <i>Bouchaud</i> , <i>Asthasie-Abasie</i> , 177. Dr <i>Camuset</i> , Объ измѣненіяхъ умственнаго состоянія при нѣкоторыхъ душевныхъ заболѣваніяхъ при холерѣ, 178. Dr <i>Brunton</i> , Дѣтскій диабетъ, 179. Dr <i>Cullerre</i> , Отношеніе внезапной смерти къ нейропатической наследственности, 179. Dr <i>H. Campbell</i> , О малыхъ душевныхъ расстройствахъ у женщинъ, 180. Dr <i>Boeck</i> , Случай микседемы съ психическимъ расстройствомъ, излеченный вырѣзками сока щитовидной железы, 182. Dr <i>Lemoine</i> , Случай <i>paramyoclonus multiplex</i> , 182. Dr <i>M. Hadden</i> , Сифилисъ и нервныя заболѣванія у дѣтей, 183. Dr <i>Marie</i> , Табетическія артропатіи, 183. Dr <i>Kaan</i> , Нейрастеническое проявленіе тоски при насильственныхъ представленіяхъ и насильственнымъ первичномъ бредѣ, 184. Prof. <i>Lächner</i> , Къ ученію объ общихъ нейрозахъ, 187. Prof. <i>Fürstner</i> , О нѣкоторыхъ состояніяхъ слабости и раздражительности, 188. Д-ръ <i>Грейденбергъ</i> , Периодическій	

нейропсихозъ на истерическомъ дегенеративномъ основаніи, 190. Dr *Krupiakiewicz*, О дѣйстви пониженія атмосферическихъ давленій на душевныхъ больныхъ, 190. Dr *Vorster*, Состояніе удѣльнаго вѣса крови у душевно-больныхъ, 191. Dr *Alt*, О возникновеніи неврозовъ и психозовъ на почвѣ хроническихъ страданій желудка, 191. Dr *Tochtermann*, О разстройствѣ кровообращенія при эпилептическомъ приступѣ, 194. Dr *Babes*, Лечение простой эпилепсін и нейрастеніи подкожными впрыскиваніями нормальнаго нервнаго вещества, 197. Dr *Benedikt*, Объ оперативномъ леченіи идіопатической эпилепсін, 197. Dr *Kummell*, Оперативное лечение эпилепсін, 198. Dr *Wollenberg*, Изслѣдованіе о состояніи спинальныхъ узловъ при сухоткѣ спинного мозга, 198. Prof. *Fürstner*, О значеніи и примѣненіи гидротерапіи при возбужденныхъ психическихъ состояніяхъ, 200. Dr *Schafer*, Лечебное примѣненіе тріоналя и тетроналя, 201. Dr *Brie*, Тріональ какъ снотворное средство, 202. Dr *Ziehen*, Разстройства теченія представленій при параноѣ, 202. Dr *Hoche*, Пуэрперальные психозы, 205. Dr *Kornfeld und Bikeles*, Изслѣдованіе состоянія зрачковыхъ у паралитиковъ, 207. Dr *Kornfeld und Bikeles*, Изслѣдованіе кожныхъ чувствъ, равно какъ и чувства обонянія и вкуса у паралитиковъ, 207. Prof. *Hoffmann*, Къ ученію въ сирингоміэліи, 208. Dr *Köhler*, Микседема на сифилитической почвѣ, 217. Dr *Hurd*, Послѣ-лихорадочное помѣшательство, 218. Dr *Phelps*, Наслѣдственная хорей, 220. Dr *Gilmore*, Пуэрперальное помѣшательство, 220.

### КНИГА ТРЕТЬЯ.

	Стр.
Д-ръ М. Н. Поповъ, О нейроглии и ея распредѣленіи въ области продолговатаго мозга и Варолиева моста у взрослого человека . . . . .	1
Д-ръ Н. И. Мухинъ, Очеркъ причинъ нервныхъ заболѣваній . . . . .	68
Д-ръ В. К. Дидрихсонъ, Гемиплегія у взрослой дѣвушки на наследственной сифилитической почвѣ . . . . .	100
Д-ръ А. М. Головина, Случай судебно-психиатрической практики въ Болгаріи . . . . .	108
Д-ръ А. И. Ротъ, Исторія психіатріи въ Россіи и Польшѣ . . . . .	108
Вибліографія: Вѣстникъ неврологіи, 131. Проф. Н. М. Поповъ, Къ вопросу объ измѣненіи зрительныхъ нервовъ при спинной сухоткѣ, 132. Проф. В. М. Бехтеревъ, Къ вопросу о врачебномъ значеніи гипноза, 132. Проф. А. Я. Кожевниковъ, Случай акромегаліи, 133. Проф. К. А. Арнштейнъ, Концевые аппараты вкусового нерва, 134. Д-ръ А. Е. Смирновъ, Къ вопросу объ иннервации кожи подошвенной поверхности нижнихъ конечностей, 135. Д-ръ И. Б. Мейеръ, О корковыхъ центрахъ сфинктеровъ мочевого пузыря и прямой кишки, 136. Д-ръ В. И. Васильевъ, Случай психоза послѣ холеры, 136. Д-ръ Б. И. Воротынский, О вліяніи подвѣшиванія на разстройство зрѣнія у больныхъ съ пораженіемъ спинного мозга, 137. Д-ръ Г. Н. Дурдуфи, Патогенезъ Базедовой болѣзни, 137. Д-ръ В. И. Зарубинъ, Колѣнный рефлексъ при первой высыпи сифилиса, 138. Д-ръ Б. С. Грейденбергъ, О вліяніи барометрическихъ	

колебаній на душевно-больныхъ, 140. Д-ръ *Цитринъ*, Къ казуистикѣ эпидемическаго спинно-мозгового менингита, 140. Д-ръ *В. Я. Шаблинъ*, Эпидемія спастическаго паралича, вызваннаго отравленіемъ чинной, 140. *Dr Bucke*, Происхождение помѣшательства, 143. *Dr Hammond*, Діета при эпилепсїи, 147. *Dr Pershing*, Джексоновская эпилепсія, 147. *Dr Krause*, Рефлекторныя вліянія, какъ причина эпилепсїи, 149. *Dr Prince*, Хирургическое леченіе эпилепсїи, 150. *Dr Barnes*, Пуэриперальная эклампсія, 150. *Dr Osler*, Разновидности хронической хорей, 151. *Dr Bremer*, Истерическая астазія-абазія, 154. *Dr Prince*, Астазія-абазія, 154. *Dr Warker*, Истерическая манія, 155. *Dr Kellogg*, Разстройства рѣчи у помѣшанныхъ, 155. *Dr C. H. Hughes*, О нервныхъ разстройствахъ послѣ удаленія и атрофія яичекъ, 160. *Dr Arthur A. Boyer*, О нѣкоторыхъ средствахъ, употребляемыхъ при функциональныхъ нервныхъ разстройствахъ, 161. *Dr Matthew*, Othematoma, 164. *Dr H. Smith Williams*, О кровяной опухоли уха, 164. *Dr E. D. Bondurant*, О частотѣ почечныхъ болѣзней между душевно-больными, 166. *Dr Macpherson*, О кишечной дезинфекціи въ нѣкоторыхъ формахъ сумашествія, 167. *Dr Nolan*, О кататоніи, какъ самостоятельной формѣ душевной болѣзни, 168. *Dr Rosse*, О сексуальной гипофондрїи и извращеніи полового инстинкта, 173. *Dr D. E. Bondurant*, Pachimeningitis interna haemorrhagica, 175. *Dr Kerr*, О delirii tremantis, 176. *Dr Kiernan*, О паралитическомъ слабоуміи и сифилисѣ, 177. *Dr Dunn*, О такъ называемой Рапапіа, 177. *Dr Garat*, О вліяніи прекращенія менструацій на развитіе сумашествія, 179. *Dr M. Lancereau*, О сухоткѣ, ея этиологія, патогенезъ и отношенія къ сифилису, 179. *Dr Ballet*, О бредѣ преслѣдованія съ систематическимъ развитіемъ, 180. *Prof. M. Dieulafoy*, О церебральномъ сифилитическомъ артерїитѣ, 181. *Dr Féré, Batigue et Oury*, Объ изслѣдованіи малѣйшаго воспрїятія органами обонянія и вкуса у эпилептиковъ, 182. *Dr Masius*, О гистологическомъ изслѣдованіи центральной нервной системы, 182. *Dr Morel-Lavallée*, Общій параличъ и сифилисъ, 183. *Dr Vandewelde*, Siphilis hereditaria tarda, 183. *Dr Barthelemy*, Дермографизмъ, 183. *Dr Sala*, Микроскопическая анатомія симпатическихъ узловъ, 184. *Dr van Gehuchten*, Клетки симпатической нервной системы у нѣкоторыхъ млекопитающихъ и у человека, 185. *Dr Raymond et Arnaud*, О нѣкоторыхъ случаяхъ абулїи съ насильственными явленіями и разстройствомъ движеній, 185. *Dr Zacher*, О глазной мигрени съ скоропроходящими эпилептическими душевными разстройствами, 186. *Prof. L. Kirn*, Разстройство душевной дѣятельности и преступленіе, 187. *A. Eickholt*, Дополненіе къ ученію объ острой формѣ помѣшательства, 189. *F. Fischer*, Къ вопросу объ измѣненіи въ амоніевомъ рогѣ у эпилептиковъ, 190. *Dr Sigmund Kornfeld* и *G. Biceles*, О происхожденіи и патолого-анатомической основѣ бреда грандіозности при прогрессивномъ параличѣ, 191. *Dr P. Nücke*, Сумашествіе и преступленіе у женщинъ, 192. *Dr Pollak*, Къ леченію субъективныхъ слуховыхъ ощущеній, 195. *Prof. Gerhardt, Senator* и *Bernhardt*, Объ энтромелалгіи, 195. *Dr Sidney Kuh*, Сифилитическій спинной параличъ и сродныя болѣзни, 196.

## ТОМЪ XXII.

## КНИГА ПЕРВАЯ.

	Стр.
Д-ръ М. Н. Поповъ, О нейроглии и ея распредѣленіи въ области продолговатаго мозга и Вароліева моста у взрослого челоѣка. . . . .	1
Д-ръ А. И. Ротъ, Исторія психіатріи въ Россіи и Польшѣ .	45
Д-ръ В. Н. Тусновъ, Объ алкогольныхъ параличахъ. . . .	73
Д-ръ Н. И. Мухинъ, Къ ученію объ извращеніи зрачковой реакціи . . . . .	89
Д-ръ М. А. Аристовъ, Случай чистой двигательной афазіи .	96
Вибліографія: Проф. В. М. Бехтерева, Проводащіе пути мозга, 103. Д-ръ А. А. Токарскій, Мерцанье и болѣзни судорожныхъ подергиваній, 103. Д-ръ З. В. Гутниковъ, Матеріалы къ ученію о химическомъ составѣ головного мозга у челоѣка, 103. Проф. С. С. Корсаковъ, Курсъ психіатріи, 105. Д-ръ А. В. Тимофеевъ и М. В. Имятевъ, Основы психіатрической экспертизы, 105. Д-ръ П. Н. Лащенко, Вліяніе электрическаго постояннаго тока на осмозъ черезъ мертвыя и живыя тѣла, 105. Д-ръ С. А. Билляковъ, О самоубійствѣ и несчастныхъ случаяхъ въ психіатрическихъ заведеніяхъ, 106. Проф. С. М. Лукьяновъ, Основанія общей патологіи сосудистой системы, 108. Д-ръ А. П. Ножниковъ, Къ симптоматологіи Базедовой или Гревсовой болѣзни, 108. С. С. Хрулевъ, Характеръ преступныхъ дѣяній душевно-больныхъ, 110. И. Закревскій, Объ ученіяхъ уголовно-антропологической школы, 113. Prof. D'Abundo, Матеріалы къ изученію пальцевыхъ формъ, 113. Prof. Marro, Токсическій психозъ, вызванный употребленіемъ косметики, содержащей ртуть, 114. Dr Funajoli, Случай автоматизма, 114. Prof. Wernicke, О фиксированныхъ идеяхъ, 115. Dr Herz, Ступоръ при душевныхъ заболѣваніяхъ, 116. Dr Kaushch, Къ ученію о періодической параноѣ, 116. Prof. Salgo, Хроническая параноѣ, 116. Dr Leegaard, Астазія—абазія, 118. Dr Kronthal und Kalischer, Случай прогрессивной хорей, 118. Dr Forssberg, Случай острой ограниченной эдемы, 119. Dr Bauke, Къ этиологіи острыхъ ангионейротическихъ или ограниченныхъ кожныхъ эдемъ, 120. Prof. Flechsig, О новомъ способѣ леченія эпилепсіи, 121. Dr Bense, Джексоновская эпилепсія при вторичномъ сифилисѣ, 122. Dr Jaksch, Вліяніе нейротоміи симпатическаго нерва на эпилепсію, 122. Prof. Obersteiner, Отношеніе сифилиса къ общему параличу, 123. Dr Dinkler, О значеніи и дѣйствіи меркуріальнаго леченія при tabes dorsalis, 123. Dr Redlich, Къ ученію объ измѣненіяхъ спинного мозга послѣ ампутацій, 125. Dr Schlesinger, Къ анатомическому діагнозу прогрессивнаго паралича на основаніи гистологическаго изслѣдованія спинного мозга, 126. Dr Ballet, Бредъ преслѣдованія въ систематическомъ развитіи, 128. Dr Raymond et Serieux, Базедова болѣзнь и психическое вырожденіе, 128. Dr Berger, Слезивость въ Базедовой болѣзни, 129. Dr Kjelmann, Два случая эпилептиформныхъ приступовъ вслѣдствіе пораженія носовой полости, 129. Prof. Charcot, Случай перемежающейся хромоты вслѣдствіе артеріальной облитераціи, вѣроятно, сифилитическаго происхожденія, 130. Dr Lop et	

*Lachaux*, Нервные расстройства, послѣдовательныя за отравленіемъ сернистымъ углеродомъ, 130. Dr *Pellizzi*, Инфекціонное происхождение гематомы уха у помѣшанныхъ, 131. Dr *Negeotte*, Tabes и paralysis progressiva, 131. Dr *Dengler*, Сифилисъ и общій параличъ, 132. Dr *Kuffner*, Къ патологической анатоміи идиотіи, 133. Dr *Colella*, Гистологическія измѣненія мозговой корки при нѣкоторыхъ психическихъ болѣзняхъ, 134. Prof. *Marie*, Сифилитическій мізлитъ, 134. Dr *Babinski*, Соединеніе истеріи съ органическими пораженіями нервной системы, нейрозами и различными другими заболѣваніями, 135. Dr *Camuset*, Объ измѣненіи психическаго состоянія при нѣкоторыхъ душевныхъ заболѣваніяхъ подъ вліяніемъ холеры, 137. Dr *Vallon*, Изувѣченія, вслѣдствіе автоматическихъ движеній у параноиковъ, 137. Dr *Arnaud*, Folie a deux, 138. Dr *Chabbert*, О тикѣ, 139. Dr *Harold Moyer*, Отношеніе алкоголя къ запрещеніямъ, 140. Dr *Wiglesworth*, Общій параличъ въ юношескомъ возрастѣ, 142. Dr *Marsh*, Райнодовская болѣзнь, сочетанная съ наследственнымъ сифилисомъ, 142. Prof. *Allen Starr*, Церебральная атрофія дѣтскаго возраста, 142. Dr *Mattison*, Команизмъ, 143. Dr *Hale White*, Функціи симпатическихъ узловъ, 144.

## КНИГА ВТОРАЯ.

Д-ръ Андрей Поповъ, Paralysis spinalis syphilitica Erb'a .	Стр. 1
Д-ръ И. Д. Ждановъ, Прогрессивный параличъ у женщинъ .	36
Д-ръ И. П. Лебедевъ, Матеріалы къ вопросу объ ушибахъ головы и сотрясеніи мозга по отношенію къ умственному развитію . . . . .	69
К. Н. Ковалевская, Конгрессъ французскихъ психіатровъ въ Rochell'ѣ. <i>Regis</i> и <i>Chevallier-Lavigne</i> , <i>Ballet</i> , <i>Voisin</i> и <i>Charpantier</i> , Объ автоинтоксикаціи; <i>Voisin</i> , О лютности урины при status epilepticus; <i>Seglas</i> , <i>Michond</i> , <i>Mabille</i> и <i>Colin</i> , Токсичность урины при душевныхъ болѣзняхъ; <i>Denis</i> , Выприскиванія почечнаго сока у животныхъ, у которыхъ удалены были почки; <i>Legrain</i> , О характерѣ душевныхъ расстройствъ при автоинтоксикаціяхъ; <i>Cullerre</i> , <i>Charpantier</i> , <i>Voisin</i> и <i>Briand</i> , О значеніи свидѣтельскихъ показаній душевнобольныхъ; <i>Bourneville</i> , О деструктивныхъ расстройствахъ черепа у идиотовъ; Д-ръ <i>Рубиновичъ</i> , О наследственныхъ и импульсивныхъ расстройствахъ длительного характера; <i>Seglas</i> и <i>Brouardel</i> , О самообвиненіи у больныхъ съ бредомъ преслѣдованія . . . . .	124
Библиографія: Д-ръ Я. Я. Трутовскій, Къ ученію объ острой или Сиденгамовской хорѣ, 129. Д-ръ Андрей Поповъ, Myelitis chronica e compressione, 130. Д-ръ В. А. Тихомировъ, Прогрессивный параличъ у женщинъ, 136. Проф. П. И. Ковалевскій, Къ ученію о морфіоманіи, 143. Д-ръ Э. Ф. Беллинъ, Дѣло о насильственной смерти дворянки Александры Адассонъ въ Харьковской губернской земской больницѣ, 148. Д-ръ Энозъ, О патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ периферической нервной системѣ, 150. Prof. <i>Grimaldi</i> , Алкогольное паралитическое помѣшательство, 150. Prof. <i>Bianchi e Piccinino</i> , Инфекціонное происхождение остраго	

бреда, 156. *G. B. Pellizzi*, Объ инфекцияномъ происхожденіи гематомы уха у душевно-больныхъ, 156. *Dr Agostini*, Изотонія крови у душевно-больныхъ, 159. *Dr Agostini*, Къ ученію о желудочномъ химизмѣ у пеллагрозныхъ, 163. *Prof. Zuccarelli*, Разводъ и антропологическая наука, 166. *Dr Peli*, Пути art. meningae mediae, 167. *Dr Giampetro*, Опытъ классификаціи слуховыхъ центровъ въ связи съ отравленіями рѣчи, 168. *Prof. Fournier*, Сифилисъ и общій параличъ, 168. *Prof. Ladame*, Эритропсія въ общемъ параличѣ, 171. *Dr Levi*, *Tabes dorsalis et paralysis generalis progressiva*, 172. *Dr Gilles de la Tourette* и *Hudelö*, Два наблюденія сифилитической параличей, 172. *Dr Raymond*, Общій параличъ у женщинъ, 173. *Prof. Regis et Chevallier-Laraure*, Клиническія формы душевныхъ разстройствъ, слѣдующихъ за острыми болѣзнями, 173. *Dr Ballet*, Глазныя разстройства у прогрессивныхъ паралитиковъ, 175. *Dr Breton*, Душевное состояніе при хорѣ, 175. *Prof. Massalongo*, Къ патогенезу паралитической хоры, 176. *Dr Guillemet*, Смерть при Сиденгамовской хорѣ, 176. *Dr Féré*, Высокія дозы брома при эпилепсіи, 177. *Dr Grasset*, Головокруженіе у атактиковъ, 177. *Dr Roubinovitch*, Случай конвульсивнаго тика съ насильственными движеніями, 178. *Dr Brisaud*, Церебральная уремія съ каталептичными явленіями, 178. *Dr Soupault*, Перемежающаяся желудочная гиперсекреція у атактика, 178. *Dr Antonelli*, Транзиторная амбліопія, 179. *Dr Raymond*, Психозы и пневмонія, 179. *Dr Hirschberg*, Механическое леченіе моторной атаксіи, 180. *Dr Bournerville*, Леченіе хирургическое и медико-педагогическое идиотовъ и тупоумныхъ, 180. *Dr Francotte*, Подкожныя впрыскиванія фосфорно-кислаго натра при леченіи нервныхъ болѣзней, 181. *Prof. Sommer*, Къ патологіи чечевичнаго ядра и внутренней капсулы, 181. *Prof. Obersteiner*, Галлюцинаціи при прогрессивномъ параличѣ, 183. *Dr Kaes*, Этиологія прогрессивнаго паралича, 184. *Dr Krogius*, Табетическое пораженіе суставовъ, 185. *Prof. Möbius*, О душевныхъ разстройствахъ при хорѣ, 183. *Dr Merklin*, Защитительные аппараты паранонковъ, 186. *Dr Friedmann*, О нервной слабости и психозахъ въ дѣтскомъ возрастѣ, 186. *Dr Lewin*, Никотинизмъ, 187. *Dr Marcuse*, Случай хиннаго психоза, 188. *Dr Wulff*, Туберкулезъ въ заведеніяхъ для идиотовъ, 188. *Dr Bothe*, О домашнемъ уходѣ за умалишенными, по наблюденіямъ въ Далльдорфѣ, 189. *Dr Klinke*, О примѣненіи покоя при леченіи душевно-больныхъ, 190. *Dr Tomerco*, Леченіе нейрастеніи, меланхоліи и эпилепсіи впрыскиваніями здороваго нервнаго вещества, 190. *Dr Müller*, Руководство по нейрастеніи, 190. *Dr Crothers*, Законъ періодичности при пьянствѣ, 191. *Crothers*, Пьянство, наступающее за психической травмой, 192. *Dr Crothers*, Заведенія для леченія пьяницъ, 192. *Prof. Berillon*, Психическое леченіе морфинизма, 193. *Dr Mosher*, Психическая эпилепсія, 194. *Dr Krauss*, Рефлекторныя разстройства, какъ причина эпилепсіи, 194. *Dr Jacoby*, Приступы періодическаго сна эпилептической натуры, 195. *Dr Browning*, Эпилептический интервалъ, какъ показатель теченія и леченія эпилепсіи, 195. *Dr Sterne*, *Atrophia tabidorum*, 201. *Dr Revington*, Ломкость костей при сухоткѣ, 201. *Dr Kellog*, Видоизмѣненія дыханія при помѣшательствѣ, 201. *Dr Major*, Общій параличъ у мальчика, 202. *Dr Gilmore*, Пораженіе почекъ и душевное разстройство, 202.



## КНИГА ТРЕТЬЯ.

	Стр.
Д-ръ Г. И. Россолимо, Хирурго-токсическій методъ изслѣ- дованія мозговыхъ функцій . . . . .	1
Д-ръ Д. И. Поляковъ, Къ ученію объ алкогольной параноѣ James Cowles Prichard, Moral insanity, переводъ Я. Я. Трутовскаго . . . . .	43
Д-ръ И. Я. Платоновъ, Отчетъ за трехлѣтіе о движеніи больныхъ въ лечебницѣ . . . . .	52
Д-ръ А. Д. Давыдовъ, Случай трепанациі черепа при эпи- лепсін . . . . .	69
Д-ръ Н. Добротворскій, Дѣтубійство (судебно-психіатри- ческій анализъ) . . . . .	87
Д-ръ А. М. Головина, Туберкулезъ у душевно-больныхъ . . .	91
Проф. В. Ф. Чижъ, Обзоръ сочиненій по криминальной антропологін . . . . .	97
Смѣсь . . . . .	105
Оглавленіе XXI и XXII томовъ . . . . .	118
Алфавитный указатель фамилій авторовъ . . . . .	I
Алфавитный указатель ихъ сочиненій . . . . .	X
	XVII

## АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

фамилий XXI и XXII томовъ Архива психіатріи.

### А.

Aveta, т. XXI, ч. 1, ст. 188.  
Alt, т. XXI, ч. 2, ст. 191.  
Amaldi, т. XXI, ч. 1, ст. 181.  
Анфимовъ, т. XXI, ч. 1, ст. 178.  
Andre, т. XXI, ч. 2, ст. 176.  
Antonelli, т. XXII, ч. 2, ст. 179.  
Agostini, т. XXII, ч. 2, ст. 159—163.  
Аристовъ, т. XXII, ч. 1, ст. 96.  
Arnaud, т. XXI, ч. 3, ст. 165.  
Ариштейнъ, т. XXI, ч. 3, ст. 134.  
Arnaud, т. XXI, ч. 2, ст. 172; т. XXII, ч. 1, ст. 138.

### В. (В).

Babes, т. XXI, ч. 2, ст. 197.  
Babinski, т. XXII, ч. 1, ст. 135.  
Ballet, т. XXI, ч. 1, ст. 195—198, т. XXI, ч. 3, ст. 180; т. XXII, ч. 2, ст. 124—175.  
Barnes, т. XXI, ч. 3, ст. 151.  
Barthelemy, т. XXI, ч. 3, ст. 184.  
Bauke, т. XXII, ч. 1, ст. 120.  
Batigne, т. XXI, ч. 2, ст. 175; ч. 3, ст. 182.  
Belmondo, т. XXI, ч. 1, ст. 185.  
Беллинъ, Э. Ф., т. XXI, ч. 2, ст. 147; т. XXII, ч. 2, ст. 148.  
Bernardini, т. XXI, ч. 1, ст. 181.  
Benedickt, т. XXI, ч. 2, ст. 197.  
Бехтеревъ, т. XXI, ч. 3, ст. 132, т. XXII, ч. 1, ст. 103.

Bernhardt, т. XXI, ч. 3, ст. 195.  
Berger, т. XXII, ч. 1, ст. 129.  
Bense, т. XXII, ч. 1, ст. 122.  
Berillon, т. XXII, ч. 2, ст. 193.  
Бѣляковъ, т. XXII, ч. 1, ст. 106.  
Bianchi, т. XXI, ч. 1, ст. 189, т. XXII, ч. 2, ст. 156.  
Bikeles, т. XXI, ч. 2, ст. 207; ч. 2, ст. 191.  
Blocq, т. XXI, ч. 1, ст. 190, ч. 2, ст. 114.  
Boissier, т. XXI, ч. 1, ст. 193.  
Bouchaud, т. XXI, ч. 2, ст. 177.  
Boeck, т. XXI, ч. 2, ст. 182.  
Brie, т. XXI, ч. 2, ст. 202.  
Boyer, т. XXI, ч. 3, ст. 161.  
Bondurant, т. XXI, ч. 3, ст. 166—175.  
Botte, т. XXII, ч. 2, ст. 189.  
Brugia, т. XXI, ч. 2, ст. 163.  
Brunton, т. XXI, ч. 2, ст. 179.  
Brener, т. XXI, ч. 3, ст. 154.  
Briand, т. XXII, ч. 2, ст. 143.  
Browning, т. XXII, ч. 2, ст. 195.  
Brissand, т. XXII, ч. 2, ст. 178.  
Breton, т. XXII, ч. 2, ст. 175.  
Brouardel, т. XXII, ч. 2, ст. 128.  
Burneville, т. XXI, ч. 1, ст. 199, т. XXII, ч. 2, ст. 127—186.  
Bucke, т. XXI, ч. 3, ст. 143.

### В. (V, W).

Vallon, т. XXI, ч. 1, ст. 196—199; т. XXII, ч. 1, ст. 137.  
Walton, т. XXI, ч. 1, ст. 214.

Vandelwelde, т. XXI, ч. 3, ст. 183.  
 Vandeuchten, т. XXI, ч. 3, ст. 185.  
 Warker, т. XXI, ч. 3, ст. 155.  
 Васильевъ, т. XXI, ч. 3, ст. 136.  
 Ventra, т. XXI, ч. 1, ст. 185.  
 Venturi, т. XXI, ч. 2, ст. 153.  
 Wernike, т. XXII, ч. 1, ст. 115.  
 White, т. XXII, ч. 1, ст. 144.  
 Whitwell, т. XXI, ч. 1, ст. 215.  
 Wihnartt, т. XXI, ч. 1, ст. 214.  
 Williams, т. XXI, ч. 3, ст. 164.  
 Wiglesworth, т. XXII, ч. 1, ст. 142.  
 Воротынский, т. XXI, ч. 2, ст. 148; ч. 3, ст. 137.  
 Voisin, т. XXI, ч. 2, ст. 174; т. XXII, ч. 2, ст. 124,—125,—127.  
 Vorster, т. XXI, ч. 2, ст. 191.  
 Wollenberger, т. XXI, ч. 2, ст. 198.  
 Wulff, т. XXI, ч. 1, ст. 207.  
 т. XXII, ч. 2, ст. 188.

## Г. (G, H).

Gallerani, т. XXI, ч. 1, ст. 186.  
 Hammond, т. XXI, ч. 3, ст. 147.  
 Garat, т. XXI, ч. 3, ст. 179.  
 Gathellineau, т. XXI, ч. 2, ст. 176.  
 Hadden, т. XXI, ч. 2, ст. 183.  
 Geill, т. XXI, ч. 1, ст. 203.  
 Heilbrouner, т. XXI, ч. 1, ст. 203.  
 Hertel, т. XXI, ч. 1, ст. 203.  
 Gerhardt, т. XXI, ч. 3, ст. 195.  
 Herz, т. XXII, ч. 1, ст. 116.  
 Gilles de la Tourette, т. XXI, ч. 2, ст. 176; т. XXII, ч. 2, ст. 172.  
 Gilmore, т. XXI, ч. 2, ст. 220; т. XXII, ч. 2, ст. 202.  
 Giampetro, т. XXII, ч. 2, ст. 168.

Hirschberg, т. XXII, ч. 2, ст. 180.  
 Goodal, т. XXI, ч. 1, ст. 218.  
 Hoche, т. XXI, ч. 2, ст. 205.  
 Hoffmann, т. XXI, ч. 2, ст. 208.  
 Головинна, А. М., т. XXI, ч. 3, ст. 108; т. XXII, ч. 3, ст. 97.  
 Годзяцкий, т. XXI, ч. 3, ст. 140.  
 Грейденбергъ, т. XXI, ч. 2, ст. 190; ч. 3, ст. 139.  
 Gray, т. XXI, ч. 1, ст. 216.  
 Grimaldi, т. XXII, ч. 2, ст. 150.  
 Grasset, т. XXII, ч. 2, ст. 177.  
 Guerin, т. XXI, ч. 1, ст. 193.  
 Hurd, т. XXI, ч. 2, ст. 218.  
 Hughes, т. XXI, ч. 3, ст. 160.  
 Гутниковъ, т. XXII, ч. 1, ст. 103.  
 Hudelo, т. XXII, ч. 2, ст. 172.  
 Guillemin, т. XXII, ч. 2, ст. 176.

## Д. (D).

D'Abundo, т. XXI, ч. 1, ст. 179; ч. 2, ст. 153; т. XXII, ч. 1, ст. 113.  
 Давидовъ, т. XXII, ч. 3, ст. 87.  
 Denu, т. XXI, ч. 1, ст. 200.  
 Dengler, т. XXII, ч. 1, ст. 132.  
 Denis, т. XXII, ч. 2, ст. 125.  
 Dinkler, т. XXII, ч. 1, ст. 123.  
 Dieulafoy, т. XXI, ч. 3, ст. 181.  
 Дидрихсонъ, т. XXI, ч. 3, ст. 100.  
 Добротворский, т. XXI, ч. 2, ст. 152; т. XXII, ч. 3, ст. 152.  
 Donaldson, т. XXI, ч. 1, ст. 218.  
 Дурдуфи, т. XXI, ч. 3, ст. 137.  
 Dunn, т. XXI, ч. 3, ст. 177.

## Е.

Eickholt, т. XXI, ч. 3, ст. 189.  
 Erlensmeyer, т. XXI, ч. 1, ст. 202.  
 Ергольскій, т. XXI, ч. 2, ст. 139.

**Ж.**

Ждановъ, т. XXII, ч. 1, ст. 36.

**З. (Z).**

Zacher, т. XXI, ч. 3, ст. 186.  
Закревскій, т. XXII, ч. 1, ст. 113.  
Зарубинъ, т. XXI, ч. 3, ст. 138.  
Ziehen, т. XXI, ч. 2, ст. 202.

**И. (J).**

Jacobson, т. XXI, ч. 1, ст. 202.  
Jacoby, т. XXII, ч. 2, ст. 195.  
Jaksch, т. XXI, ч. 1, ст. 193;  
т. XXII, ч. 1, ст. 122.  
Janet, т. XXI, ч. 2, ст. 175.  
Игнатъевъ, т. XXII, ч. 2, ст. 105.  
Joffroy, т. XXI, ч. 1, ст. 199.

**Б. (K, C).**

Каан, т. XXI, ч. 1, ст. 209;  
ч. 2, ст. 184.  
Kaes, т. XXII, ч. 2, ст. 184.  
Camuset, т. XXI, ч. 2, ст. 178;  
т. XXII, ч. 1, ст. 137.  
Campbell, т. XXI, ч. 2, ст. 180.  
Carrier, т. XXI, ч. 1, ст. 196.  
Carter, т. XXI, ч. 1, ст. 214,—216.  
Kausch, т. XXII, ч. 1, ст. 116.  
Cavazzani, т. XXI, ч. 2, ст. 167.  
Kalischer, т. XXII, ч. 1, ст. 118.  
Kellog, т. XXI, ч. 1, ст. 194;  
ч. 3, ст. 155; т. XXII, ч. 2, ст. 201.  
Kerr, т. XXI, ч. 3, ст. 176.  
Kjelman, т. XXI, ч. 1, ст. 129.  
Kiernan, т. XXI, ч. 3, ст. 177.  
Kirn, т. XXI, ч. 3, ст. 187.  
Clarke, т. XXI, ч. 1, ст. 221.  
Klippel, т. XXI, ч. 2, т. 172.

Klinke, т. XXII, ч. 2, ст. 189.  
Clum, т. XXI, ч. 1, ст. 212.  
Ковалевская, К. Н., т. XXII, ч. 2, ст. 124.  
Ковалевскій, П. Н., т. XXI, ч. 1, ст. 110; ч. 2, ст. 24; т. XXII, ч. 2, ст. 143.  
Koelle, т. XXI, ч. 1, ст. 208.  
Koenig, т. XXI, ч. 1, ст. 206.  
Collins, т. XXI, ч. 1, ст. 223.  
Константиновскій, т. XXI, ч. 2, ст. 149.  
Кожевниковъ, т. XXI, ч. 2, ст. 133.  
Köhler, т. XXI, ч. 2, ст. 217.  
Collin, т. XXII, ч. 2, ст. 125.  
Корсаковъ, С. С., т. XXII, ч. 1, ст. 105.  
Colella, т. XXII, ч. 1, ст. 134.  
Kornfeld, т. XXI, ч. 2, ст. 207;  
ч. 2, ст. 191.  
Cramer, т. XXI, ч. 1, ст. 210.  
Крупякиевитц, т. XXI, ч. 2, ст. 190.  
Krause, т. XXI, ч. 3, ст. 149.  
Krauss, т. XXII, ч. 2, ст. 194.  
Kroguis, т. XXII, ч. 2, ст. 185.  
Kronthal, т. XXII, ч. 1, ст. 118.  
Crothers, т. XXII, ч. 2, ст. 192.  
Kuh, т. XXI, ч. 3, ст. 196.  
Cullerge, т. XXI, ч. 2, ст. 179;  
т. XXII, ч. 1, ст. 137.  
Kümell, т. XX, ч. 2, ст. 198.  
Kuffner, т. XXII, ч. 1, ст. 133.

**Л. (L).**

Lachaux, т. XXII, ч. 1, ст. 130.  
Ladame, т. XXII, ч. 2, ст. 171.  
Lächner, т. XXI, ч. 2, ст. 187.  
Lancereaux, т. XXI, ч. 3, ст. 179.  
Лашенко, т. XXII, ч. 1, ст. 105.  
Legard, т. XXII, ч. 8, ст. 118.  
Lemoine, т. XXI, ч. 2, ст. 182.  
Levy, т. XXI, ч. 1, ст. 211.  
Лебедевъ, Н. П., т. XXII, ч. 2, ст. 89.

Legrain, т. XXII, ч. 2, ст. 126.  
 Lewin, т. XXII, ч. 2, ст. 187.  
 Levi, т. XXII, ч. 2, ст. 172.  
 Lombroso, т. XXI, ч. 2, ст. 172.  
 Lop, т. XXII, ч. 1, ст. 130.  
 Lussana, т. XXI, ч. 1, ст. 186.  
 Лукьяновъ, т. XXII, ч. 2, ст. 108.

## М.

Mabile, т. XXI, ч. 1, ст. 200;  
 т. XXII, ч. 2, ст. 125.  
 Macret, т. XXI, ч. 1, ст. 191.  
 Marie, т. XXI, ч. 1, ст. 192;  
 ч. 2, ст. 183; т. XXII, ч. 1, ст. 134.  
 Mande, т. XXI, ч. 1, ст. 218.  
 Marinesco, т. XXI, ч. 2, ст. 174.  
 Mackpherson, т. XXI, ч. 3, ст. 167.  
 Masius, т. XXI, ч. 3, ст. 182.  
 Marro, т. XXII, ч. 1, ст. 114.  
 Marsh, т. XXII, ч. 1, ст. 142.  
 Marcuse, т. XXII, ч. 2, ст. 188.  
 Matthew, т. XXI, ч. 3, ст. 164.  
 Major, т. XXII, ч. 2, ст. 202.  
 Mattison, т. XXII, ч. 1, ст. 143.  
 Мейеръ, т. XXI, ч. 3, ст. 136.  
 Merklin, т. XXII, ч. 2, ст. 1-6.  
 Миславскій, т. XXI, ч. 1, ст. 178.  
 Mickle, т. XXI, ч. 1, ст. 217.  
 Michoud, т. XXII, ч. 2, ст. 125.  
 Mossalongo, т. XXI, ч. 1, ст. 180; т. XXII, ч. 2, ст. 176.  
 Möbius, т. XXII, ч. 2, ст. 185.  
 Moravcsik, т. XXI, ч. 1, ст. 204.  
 Morzochi, т. XXI, ч. 2, ст. 168.  
 Morel-Lavalée, т. XXI, ч. 3, ст. 183.  
 Mosher, т. XXII, ч. 2, ст. 194.  
 Moyer, т. XXII, ч. 1, ст. 140.  
 Morselli, т. XXI, ч. 1, ст. 179.

Мухинъ, т. XXI, ч. 1, ст. 1;  
 ч. 3, ст. 68; т. XXII, ч. 1, ст. 89.  
 Müller, т. XXII, ч. 2, ст. 190.

## Н. (N).

Näcke, т. XXI, ч. 1, ст. 206.  
 Näcke-Hubertusburg, т. XXI, ч. 3, ст. 192.  
 Nageotte, т. XXII, ч. 1, ст. 131.  
 Nias, т. XXI, ч. 1, ст. 214.  
 Ножниковъ, т. XXII, ч. 1, ст. 109.  
 Nolan, т. XXI, ч. 3, ст. 168.

## О.

Obersteiner, т. XXII, ч. 1, ст. 123; ч. 2, ст. 183.  
 Oebeke, т. XXI, ч. 1, ст. 204.  
 Oster, т. XXI, ч. 3, ст. 151.  
 Ott, т. XXI, ч. 1, ст. 214.  
 Ottolengi, т. XXI, ч. 1, ст. 157.  
 Ouvry, т. XXI, ч. 3, ст. 182.

## П. (P).

Pastena, т. XXI, ч. 2, ст. 165.  
 Pieraescini, т. XXI, ч. 2, ст. 167.  
 Peli, т. XXII, ч. 2, ст. 167.  
 Pellizzi, т. XXII, ч. 1, ст. 131;  
 т. XXII, ч. 2, ст. 156.  
 Perching, т. XXI, ч. 1, ст. 211;  
 ч. 3, ст. 147.  
 Peron, т. XXI, ч. 2, ст. 174.  
 Peterson, т. XXI, ч. 1, ст. 214.  
 Peugniez, т. XXI, ч. 2, ст. 117.  
 Phelps, т. XXI, ч. 2, ст. 220.  
 Pierret, т. XXI, ч. 2, ст. 192,—199.  
 Piccinino, т. XXII, ч. 2, ст. 156.  
 Поповъ, М. Н., т. XXI, ч. 3, ст. 1; т. XXII, ч. 1, ст. 1.  
 Поповъ, Н. М., т. XXI, ч. 1, ст. 177; ч. 3, ст. 132.  
 Поповъ, А. О., т. XXII, ч. 2, ст. 1,—130.

•

Платоновъ, т. XXII, ч. 3, ст. 69.  
 Поляковъ, т. XXII, ч. 3, ст. 43.  
 Pollak, т. XXI, ч. 3, ст. 195.  
 Preston, т. XXI, ч. 1, ст. 224.  
 Prince, т. XXI, ч. 1, ст. 215;  
 ч. 3, ст. 150,—154.  
 Proust, т. XXI, ч. 1, ст. 200.  
 Prichard, т. XXII, ч. 3, ст. 52.  
 Putnam, т. XXI, ч. 1, ст. 213.

## P. (R).

Rabow, т. XXI, ч. 1, ст. 201.  
 Rancoroni, т. XXI, ч. 1, ст. 183.  
 Raymond, т. XXI, ч. 1, ст. 198; ч. 3, ст. 185; т. XXII, ч. 1, ст. 128; ч. 2, ст. 173,—179.  
 Redlich, т. XXII, ч. 1, ст. 125.  
 Regis, т. XXI, ч. 1, ст. 196;  
 т. XXII, ч. 2, ст. 124,—173.  
 Renzi, т. XXI, ч. 1, ст. 180,—210.  
 Renton, т. XXI, ч. 1, ст. 222.  
 Revington, т. XXII, ч. 2, ст. 201.  
 Ritti, т. XXI, ч. 1, ст. 196.  
 Riu, т. XXI, ч. 1, ст. 197.  
 Robertson, т. XXI, ч. 1, ст. 225.  
 Россолимо, т. XXII, ч. 3, ст. 1.  
 Rosse, т. XXI, ч. 3, ст. 173.  
 Rossi, т. XXI, ч. 2, ст. 169.  
 Pote, т. XXI, ч. 1, ст. 49;  
 ч. 2, ст. 102; ч. 3, ст. 116;  
 т. XXII, ч. 1, ст. 43.  
 Ruxton, т. XXI, ч. 1, ст. 218.  
 Рубиновичъ, т. XXII, ч. 2, ст. 127,—178.

## C. (S).

Salgo, т. XXII, ч. 1, ст. 116.  
 Sarlo, т. XXI, ч. 1, ст. 181.  
 Savage, т. XXI, ч. 1, ст. 219.  
 Seglas, т. XXI, ч. 1, ст. 189,  
 —196; т. XXII, ч. 2, ст. 125,—128.  
 Senator, т. XXI, ч. 3, ст. 195.  
 Serieux, т. XXI, ч. 1, ст. 198;  
 т. XXII, ч. 1, ст. 128.  
 Seppilli, т. XXI, ч. 1, ст. 116.

Смирновъ, т. XXI, ч. 3, ст. 135.  
 Sommer, т. XXII, ч. 2, ст. 181.  
 Soupault, т. XXII, ч. 2, ст. 178.  
 Soltier, т. XXI, ч. 2, ст. 176.  
 Sola, т. XXI, ч. 3, ст. 184.  
 Stefani, т. XXI, ч. 1, ст. 188.  
 Stieglitz, т. XXI, ч. 1, ст. 212.  
 Starr, т. XXI, ч. 1, ст. 226;  
 т. XXII, ч. 1, ст. 142.  
 Стефановскій, т. XXI, ч. 1, ст. 1.  
 Spitzka, т. XXI, ч. 1, ст. 194.  
 Sterne, т. XXII, ч. 2, ст. 201.  
 Szontagh, т. XXI, ч. 1, ст. 212.

## T.

Tiling, т. XXI, ч. 1, ст. 208.  
 Тимоѣевъ, т. XXII, ч. 1, ст. 105.  
 Тихомировъ, т. XXII, ч. 2, ст. 139.  
 Tivet, т. XXI, ч. 1, ст. 197.  
 Трутовскій, т. XXII, ч. 2, ст. 129.  
 Tochtermann, т. XXI, ч. 2, ст. 194.  
 Tonnini, т. XXI, ч. 2, ст. 162.  
 Tomesco, т. XXII, ч. 2, ст. 190.  
 Токарскій, т. XXII, ч. 1, ст. 103.  
 Тусновъ, т. XXII, ч. 1, ст. 73.  
 Townsend, т. XXI, ч. 1, ст. 221.  
 Turner, т. XXI, ч. 1, ст. 220.

## F. (F).

Faltret, т. XXI, ч. 1, ст. 196.  
 Fééré, т. XXI, ч. 2, ст. 175;  
 ч. 3, ст. 182; т. XXII, ч. 2, ст. 177.  
 Fischer, т. XXI, ч. 1, ст. 216.  
 Fischer, т. XXI, ч. 3, ст. 190.  
 Flechsig, т. XXII, ч. 1, ст. 121.  
 Forssberg, т. XXII, ч. 1, ст. 119.  
 Fournier C., т. XXI, ч. 2, ст. 177.

Fournier, т. XXII, ч. 2,  
ст. 168.

Friedmann, т. XXII, ч. 2,  
ст. 186.

Fronda, т. XXI, ч. 1, ст. 184.

Francotte, т. XXII, ч. 2,  
ст. 181.

Fürstner, т. XXI, ч. 2,  
ст. 188,—200.

Funajoli, т. XXII, ч. 1,  
ст. 114.

### Х. (Ch).

Christiani, т. XXI, ч. 1,  
ст. 184.

Хрулевъ, т. XXII, ч. 1,  
ст. 110.

### Ц. (Z).

Цитринъ, т. XXI, ч. 3,  
ст. 140.

Zuccarelli, т. XXII, ч. 2,  
ст. 166.

### Ч.

Чижъ, В. Ф., т. XXI, ч. 1,  
ст. 137; т. XXII, ч. 3, ст. 105.

### Ш. (Ch, Sch).

Шаблинъ, т. XXI, ч. 3,  
ст. 146.

Chabbert, т. XXII, ч. 1,  
ст. 139.

Charcot, т. XXII, ч. 1, ст. 130.

Charrin, т. XXI, ч. 2, ст. 174.

Schafer, т. XXI, ч. 2, ст. 202.

Chaslin, т. XXI, ч. 1, ст. 194.

Charpantier, т. XXII, ч. 2,  
ст. 124,—127.

Chevalier-Lavaure, т. XXII,  
ч. 2, ст. 124,—173.

Schlesinger, т. XXII, ч. 1,  
ст. 126.

### Э.

Эповъ, т. XXII, ч. 2, ст. 150.

## АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

названий статей XXI и XXII томовъ Архива психіатріи.

### А.

Абулія и разстройства движенія, т. XXI, ч. 3, ст. 185.

Абсентная эпилепсія и ея мѣстоахожденіе, т. XXI, ч. 1, ст. 214.

Автоматизмъ, т. XXII, ч. 1, ст. 114.

Автоматизмъ амбуляторный, т. XXI, ч. 1, ст. 188.

Автоматическія движенія при параноѣ, т. XXII, ч. 1, ст. 137.

Автоинтоксикація, т. XXII, ч. 2, ст. 124,—126.

Акромегалія, т. XXI, ч. 3, ст. 133.

Алкогольная меланхолія и самоговоръ, т. XXI, ч. 2, ст. 139.

Альбуминурия и эпилептическіе приступы, т. XXI, ч. 2, ст. 174.

Алкогольный параличъ т. XXII, ч. 1, ст. 73.

Алкоголь и запрещеніе, т. XXII, ч. 1, ст. 140.

Алкогольное паралитическое помѣшательство, т. XXII, ч. 2, ст. 150.

Алкогольная параноя, т. XXII, ч. 3, ст. 42.

Амбулаторный автоматизмъ у душевно-больныхъ, т. XXI, ч. 1, ст. 188.

Амнестическія душевныя разстройства, т. XXI, ч. 1, ст. 208.

Амблѳія транзитная, т. XXII, ч. 2, ст. 179.

Анорексія истерическая, т. XXI, ч. 2, ст. 176.

Анатомія прогрессивнаго паралича, т. XXII, ч. 1, ст. 126.

Анатомія черепа у душевно-больныхъ, т. XXI, ч. 1, ст. 189.

Артропатія у табетиковъ, т. XXI, ч. 2, ст. 183; т. XXII, ч. 2, ст. 185,—201.

Arteria meningea media, т. XXII, ч. 2, ст. 167.

Астазія-абазія, т. XXI, ч. 1, ст. 180,—211; ч. 2, ст. 177; ч. 3, ст. 154; т. XXII, ч. 1, ст. 118.

Асфиксія мѣстная и эпилепсія, т. XXI, ч. 2, ст. 175.

Атетозъ двойной, т. XXI, ч. 1, ст. 190.

Атмосферическое давленіе и его вліяніе на душевныхъ больныхъ, т. XXI, ч. 2, ст. 190.

Атрофія яичекъ и нервыя разстройства, т. XXI, ч. 3, ст. 160.

Аммоніевъ рогъ и эпилепсія, т. XXI, ч. 3, ст. 190.

Атактическое головокруженіе, т. XXII, ч. 2, ст. 177.

Атаксія леченіе механическимъ способомъ, т. XXII, ч. 2, ст. 180.

Афазія и сифилисъ мозга, т. XXI, ч. 1, ст. 207.

Афазія двигательная, т. XXII, ч. 1, ст. 96.

### Б.

Базедова болѣзнь, т. XXII, ч. 1, ст. 109.

Базедова болѣзнь и офтальмоплегія, т. XXI, ч. 1, ст. 218.

Базедовой болѣзни патогенезъ, т. XXI, ч. 3, ст. 137.

Базедова болѣзнь и умственное разстройство, т. XXI, ч. 1, ст. 198; т. XXII, ч. 1, ст. 128.



Базедова болѣзнь и слезливость, т. XXI, ч. 1, ст. 129.

Барометрическія колебанія и ихъ вліяніе на душевныхъ больныхъ, т. XXI, ч. 3, ст. 139.

Бессонница и ея леченіе, т. XXI, ч. 1, ст. 223.

Бредъ преслѣдованія дегенеративъ, т. XXI, ч. 1, ст. 198.

Бредовыя идеи, галлюцинаціи и иллюзіи, т. XXI, ч. 1, ст. 208.

Бредъ отрицанія, т. XXI, ч. 1, ст. 196; ч. 2, ст. 172.

Бредъ преслѣдованія, т. XXI, ч. 3, ст. 180; т. XXII, ч. 1, ст. 128.

Бредъ грандіозности и прогрессивный параличъ, т. XXI, ч. 3, ст. 191.

Бвлокъ и сахаръ въ мочѣ душевно-больныхъ, т. XXI, ч. 3, ст. 140.

## В.

Вазомоторное вліяніе шейнаго симпатическаго нерва, т. XXI, ч. 2, ст. 167.

Вкусъ у паралитиковъ, т. XXI, ч. 2, ст. 207.

Вкусового нерва концевые аппараты, т. XXI, ч. 3, ст. 134.

Вкусъ у эпилептиковъ, т. XXI, ч. 3, ст. 182.

Внезапная смерть и нейропатическая наследственность, т. XXI, ч. 2, ст. 179.

Внутренней капсулы поврежденіе, т. XXII, ч. 2, ст. 181.

## Г.

Галлюцинаціи зрительныя, т. XXI, ч. 2, ст. 167.

Галлюцинаціи при прогрессивномъ параличѣ, т. XXII, ч. 2, ст. 183.

Гастрическая міоклонія, т. XXI, ч. 1, ст. 180.

Гастрическая эпилепсія, т. XXI, ч. 1, ст. 200.

Гемиплегія и наследственный сифилисъ, т. XXI, ч. 3, ст. 100.

Гидротеранія при психическихъ возбужденіяхъ, т. XXI, ч. 2, ст. 200.

Гипнотизмъ въ Парижѣ и Нанси, т. XXI, ч. 1, ст. 225.

Гипнотизмъ и преступленіе, т. XXI, ч. 2, ст. 147.

Гистологическое строеніе мозговыхъ пожекъ и *locus niger*, т. XXI, ч. 1, ст. 181.

Гипнозъ врачебный, т. XXI, ч. 3, ст. 132.

Гистологическое строеніе центральной нервной системы, т. XXI, ч. 3, ст. 182.

Глазная мигрень и эпилепсія, т. XXI, ч. 3, ст. 186.

Глазные расстройства и общій параличъ, т. XXII, ч. 2, ст. 175.

Головокруженіе у атактиковъ, т. XXII, ч. 2, ст. 177.

Головное кровообращеніе, т. XXI, ч. 1, ст. 181.

## Д.

Движенія эпилептиковъ во время сна, т. XXI, ч. 1, ст. 213.

*Dementia paralytica*, т. XXI, ч. 1, ст. 202.

Дезинфекція кишечника у душевно-больныхъ, т. XXI, ч. 3, ст. 167.

*Delirium tremens*, т. XXI, ч. 3, ст. 176.

Дермографизмъ, т. XXI, ч. 3, ст. 184.

Диабетъ и сифилисъ, т. XXI, ч. 1, ст. 216.

Діета при эпилепсін, т. XXI, ч. 3, ст. 147.

Домашній уходъ за душевно-больными, т. XXII, ч. 2, ст. 189.

Дрожь, т. XXI, ч. 1, ст. 210.

Душевные болѣзни и сифилисъ, т. XXI, ч. 2, ст. 21.

Душевно-половое вырожденіе, т. XXI, ч. 2, ст. 168.

Душевные расстройства у женщинъ, т. XXI, ч. 2, ст. 180.

Душевные болѣзни и почки, т. XXI, ч. 3, ст. 166; т. XXII, ч. 2, ст. 202.

Душевные расстройства и кишечники, т. XXI, ч. 3, ст. 167.

Душевно-больные и характеръ ихъ дѣяній, т. XXII, ч. 1, ст. 110.

Душевное состояніе при хорѣ, т. XXII, ч. 2, ст. 175.

Дыханіе при помѣшательствахъ, т. XXII, ч. 2, ст. 201.

Дѣтскій возрастъ и психозы, т. XXII, ч. 2, ст. 186.

Дѣтскія судорги и эпилепсія, т. XXI, ч. 1, ст. 214.

Дѣтскій параличъ и механическое леченіе, т. XXI, ч. 1, ст. 221.

Дѣтскій диабетъ, т. XXI, ч. 2, ст. 179.

Дѣтубійство, т. XXII, ч. 3, ст. 91.

Дубоазинъ какъ sedativum и hypnoticum, т. XXI, ч. 1, ст. 185.

### Ж.

Жвачка у душевно-больныхъ, т. XXI, ч. 1, стр. 184.

Желудокъ, его страданія, психозы и нейрозы, т. XXI, ч. 2, ст. 191.

Желудочный химизмъ у пеллагрозныхъ, т. XXII, ч. 2, ст. 163.

Желудочная гиперсекреція у атактика, т. XXII, ч. 2, ст. 178.

### З.

Заведенія для пьяницъ, т. XXI, ч. 2, ст. 129.

Задержка умственного развитія вслѣдствіе поврежденія головы во время родовъ, т. XXI, ч. 1, ст. 207.

Зрачки и прогрессивный параличъ, т. XXI, ч. 2 ст. 207.

Зрачки и произвольное ихъ расширеніе, т. XXI, ч. 1, ст. 202.

Зрительная область мозговой корки у Луизы Бридженъ, т. XXI, ч. 1, ст. 218.

Зрительныя галлюцинаціи, т. XXI, ч. 2, ст. 167.

Зрительные нервы и спинная сухотка, т. XXI, ч. 3, ст. 132.

### И.

Идеи величія въ психопатологіи, т. XXI, ч. 1, ст. 195.

Идіотія и ея хирургическое леченіе, т. XXI, ч. 1, ст. 199.

Идіотія и патологическая анатомія, т. XXII, ч. 1, ст. 133.

Идіотскій черепъ, т. XXII, ч. 2, ст. 127.

Идіотизмъ и леченіе его хирургическимъ способомъ, т. XXII, ч. 2, ст. 180.

Идіотія и туберкулезъ, т. XXII, ч. 2, ст. 188.

Излеченіе микседемы, т. XXI, ч. 1, ст. 216; ч. 2, ст. 182.

Извращеніе зрачковой реакціи, т. XXII, ч. 1, ст. 89.

Измѣненія спинного мозга послѣ ампутаціи, т. XXII, ч. 1, ст. 125.

Измѣненія мозговой корки при психозахъ, т. XXII, ч. 1, ст. 134.

Изувѣченія при параноіи, т. XXII, ч. 1, ст. 137.

Изотонія крови душевно-больныхъ, т. XXII, ч. 2, ст. 159.

Импульсивныя расстройства длительного характера, т. XXII,

Инфекціонное происхожденіе острого бреда, т. XXII, ч. 2, ст. 156.

Инервация кожи подошвенной поверхности, т. XXI, ч. 3, ст. 135.

Индукцированное помѣшательство, т. XXI, ч. 2, ст. 149.

Инфлюэнца и нейрозы, т. XXI, ч. 1, ст. 219.

Интракраниальный сифилисъ, т. XXI, ч. 1, ст. 216.

Инфекція и эпилепсія, т. XXI, ч. 1, ст. 192.

Ипохондрія сексуальная, т. XXI, ч. 3, ст. 173.

Истерическая манія, т. XXI, ч. 3, ст. 155.

Истерическая анестезія, т. XXI, ч. 2, ст. 175.

Истерія и обмѣнъ веществъ, т. XXI, ч. 2, ст. 176.

Истерическая анорексія, т. XXI, ч. 2, ст. 176.

Истерія мужская, т. XXI, ч. 1, ст. 177,—221.

Истерія и органическія поврежденія, т. XXII, ч. 1, ст. 135.

Исторія психіатріи въ Россіи, т. XXI, ч. 1, ст. 49; ч. 2, ст. 102; ч. 3, ст. 116.

### К.

Кататонія, т. XXI, ч. 3, ст. 168.

Кататонія и параличъ у женщинъ, т. XXI, ч. 1, ст. 206.

Каталептическія явленія и уремія, т. XXII, ч. 2, ст. 178.

Классификація психозовъ Общества нейронатологовъ и психіатровъ въ Московѣ, т. XXI, ч. 2, ст. 149.

Колонія для помѣшанныхъ, т. XXI, ч. 1, ст. 197.

Колонія для эпилептиковъ, т. XXI, ч. 1, ст. 214.

Корка мозговая и ея измѣненія при психозахъ, т. XXII, ч. ст. 134.

Кокаинизмъ, т. XXII, ч. ст. 124.

Конгрессъ французскихъ психіатровъ, т. XXII, ч. 2, ст. 124.

Конвульсивный тикъ съ насильственными движеніями, т. XXII, ч. 2, ст. 178.

Кости ломкія при сухоткѣ, т. XXII, ч. 2, ст. 201.

Кровь, токсическое ея дѣйствіе у душевно-больныхъ, ч. XXI, ч. I, ст. 179.

Кровяное давленіе и меланхолическая тоска, т. XXI, ч. 1, ст. 210.

Кровяное давленіе и состояніе самочувствія, т. XXI, ч. 1, ст. 210.

Кровь и ея удѣльный вѣсъ у душевно-больныхъ, т. XXI, ч. 2, ст. 191.

Кровь и ея изотонія у душевно-больныхъ, т. XXII, ч. 2, ст. 158.

Кретинизмъ спорадическій, т. XXI, ч. 2, ст. 148.

### Л.

Леченіе сифилитическихъ нервныхъ разстройствъ, т. XXI, ч. 1, ст. 194.

Леченіе бессонницы, т. XXI ч. 1, ст. 223.

Леченіе эпилепсін борнокислымъ натромъ, т. XXI, ч. 2, ст. 165.

Леченіе субъективныхъ слуховыхъ ощущеній, т. XXI, ч. 3, ст. 195.

Леченіе по новому способу эпилепсін, т. XXII, ч. 1, ст. 121.

Леченіе атаксін механическими приѣмами, т. XXII, ч. 2, ст. 180.

Леченіе нервныхъ болѣзней вприскиваніемъ фосфорно-кислаго натра, т. XXII, ч. 2, ст. 181.

Леченіе душевно-больныхъ покоемъ, т. XXII, ч. 2, ст. 189.

Леченіе меланхоли и нейрастеніи вприскиваніями нервнаго вещества, т. XXII, ч. 2, ст. 190.

Лимфатическіе пути мозга, т. XXI, ч. 2, ст. 153.

Ломкость костей при сухоткѣ, т. XXII, ч. 2, ст. 201.

### М.

Манія истерическая, т. XXI, ч. 3, ст. 155.

Механическія колебанія какъ лечебное средство при душевныхъ болѣзняхъ, т. XXI, ч. 1, ст. 179.

Меланхолія и нейрастенія, т. XXI, ч. 1, ст. 193.

Медицинская тайна въ области нервныхъ болѣзней, т. XXI, ч. 1, ст. 197.

Меланхолическая тоска и кровяное давленіе, т. XXI, ч. 1, ст. 210.

Механическое леченіе при дѣтскомъ параличѣ, т. XXI, ч. 1, ст. 221.

Меланхолія алкогольная и самоговоръ, т. XXI, ч. 2, ст. 139.

Меньеровская болѣзнь и эмотивность, т. XXI, ч. 2, ст. 177.

Менструаціи и сумашествіе, т. XXI, ч. 3, ст. 179.

Меряченіе и болѣзнь судорожныхъ подергиваній, т. XXII, ч. 1, ст. 103.

Меркуріальное леченіе и tabes, т. XXII, ч. 1, ст. 123.

Микседема и нервные элементы, т. XXI, ч. 1, ст. 215.

Микседема и ее лечение, т. XXI, ч. 1, ст. 216; ч. 2, ст. 182.

Микседема и сифилис, т. XXI, ч. 2, ст. 217.

Мизантропия сифилитическая, т. XXII, ч. 1, ст. 134.

Миоклония гастрическая, т. XXI, ч. 1, ст. 180.

Моча лживая у душевно-больных, т. XXI, ч. 2, ст. 163.

Мочевая кислота в формах мыслительной депрессии, т. XXI, ч. 2, ст. 168.

Моча с сахаром и белками у душевно-больных, т. XXI, ч. 3, ст. 140.

Морфиомания, т. XXII, ч. 2, ст. 134.

Морфинизм и его психическое лечение, т. XXII, ч. 2, ст. 193.

Moral insanity, т. XXII, ч. 3, ст. 52.

Мужская истерия, т. XXI, ч. 1, ст. 177,—221.

Мышечное чувство, т. XXI, ч. 1, ст. 224.

Местонахождение абсентной эпилепсии, т. XXI, ч. 1, ст. 214.

## Н.

Насильственные представления и их судебно-психиатрическое значение, т. XXI, ч. 1, ст. 209.

Насильственные представления и нейрастеническая тоска, т. XXI, ч. 2, ст. 184.

Наследственная хорей, т. XXI, ч. 2, ст. 220.

Наследственный сифилис и гемиплегия, т. XXI, ч. 3, ст. 100.

Насильственная смерть больной Адамовой, т. XXII, ч. 2, ст. 14†.

Начальные признаки прогрессивного паралича, т. XXI, ч. 1, ст. 204.

Нарушение половой жизни у душевно-больных, т. XXI, ч. 2, ст. 162.

Нейрастеническая тоска, т. XXI, ч. 1, ст. 188.

Нейрастения и депрессивная меланхолия, т. XXI, ч. 1, ст. 193.

Нейрозы и инфлюэнца, т. XXI, ч. 1, ст. 219.

Нейрозы кишечника, т. XXI, ч. 2, ст. 176.

Нейрастеническая тоска и насильственные представления, т. XXI, ч. 2, ст. 184.

Нейрозы и учение о них, т. XXI, ч. 2, ст. 187.

Нейроглия, т. XXI, ч. 3, ст. 1.

Нейрастения, т. XXII, ч. 2, ст. 190.

Никотинизм, т. XXII, ч. 2, ст. 187.

Носовые поражения и эпилепсия, т. XXII, ч. 1, ст. 129.

## О.

Общий паралич, т. XXI, ч. 1, ст. 199.—203,—204.

Общий паралич и tabes, т. XXI, ч. 1, ст. 199.

Общий паралич последовательный за свинцовым отравлением, т. XXI, ч. 1, ст. 199.

Обманы веществ при истерии, т. XXI, ч. 2, ст. 176.

Обоняние у паралитиков, т. XXI, ч. 2, ст. 207.

Общая патология, т. XXII, ч. 1, ст. 108.

Облитерация сосудов и хрипоты, т. XXII, ч. 1, ст. 130.

Осознание у паралитиков, т. XXI, ч. 2, ст. 207.

Осознание у эпилептиков, т. XXI, ч. 3, ст. 182.

Острая форма помешательства, т. XXI, ч. 3, ст. 189.

Основы психиатрической экспертизы, т. XXII, ч. 1, ст. 105.

Осмог живых и мертвых тканей под влиянием электрического тока, т. XXII, ч. 1, ст. 105.

Острая ограниченная эдема, т. XXII, ч. 1, ст. 119,—120.

Острый бред и его инфекционное происхождение, т. XXII, ч. 2, ст. 156.

Острые болѣзни и душевныя разстройства, т. XXII, ч. 2, ст. 173.

Отчетъ за трехлѣтіе о движеніи больныхъ въ лечебницѣ д-ра Платонова, т. XXII, ч. 3, ст. 69.

Отематома, т. XXI, ч. 3, ст. 164; т. XXII, ч. 1, ст. 131.

Офтальмоплегія и базедова болѣзнь, т. XXI, ч. 1, ст. 218.

## П.

Патологія памяти, т. XXI, ч. 1, ст. 178.

Памяти патологія, т. XXI, ч. 1, ст. 178.

Параличъ и пептонурія, т. XXI, ч. 1, ст. 184.

Параличъ общій, т. XXI, ч. 1, ст. 199,—203.

Паралитическое слабоуміе въ кантонѣ Vaud, т. XXI, ч. 1, ст. 201.

Paralytica dementia, т. XXI, ч. 1, ст. 202.

Паранозы и ихъ защитительные аппараты, т. XXII, ч. 2, ст. 186.

Параличъ у женщинъ и кататонія, т. XXI, ч. 1, ст. 206.

Пассивизмъ, т. XXI, ч. 2, ст. 1.

Рамуоcлонус, multiplex, т. XXI, ч. 2, ст. 182.

Патогенезъ Базедовой болѣзни, т. XXI, ч. 1, ст. 137.

Rachimeningitis interna hemorrhagica, т. XXI, ч. 3, ст. 175.

Паралитическое слабоуміе и сифилисъ, т. XXI, ч. 3, ст. 177.

Параноз, т. XXI, ч. 3, ст. 177; т. XXII, ч. 1, ст. 116.

Параличъ общій и сифилисъ, т. XXI, ч. 3, ст. 183; т. XXII, ч. 1, ст. 132.

Пальцевыя формы у душевнобольныхъ, т. XXII, ч. 1, ст. 113.

Параноз и автоматическія движенія, т. XXII, ч. 1, ст. 137.

Параличъ общій въ юношескомъ возрастѣ, т. XXII, ч. 1, ст. 142.

Параличъ общій травматическій, т. XXII, ч. 2, ст. 89.

Патолого-анатомическія измѣненія периферической нервной системы, т. XXII, ч. 2, ст. 150.

Параличъ алкогольный, т. XXI, ч. 2, ст. 150.

Параличъ общій и эритренсія, т. XXII, ч. 2, ст. 171.

Параплегія сифилитическая, т. XXII, ч. 2, ст. 172.

Параноза алкогольная, т. XXII, ч. 2, ст. 43.

Патологическая анатомія идіотіи, т. XXII, ч. 1, ст. 133.

Параноз и разстройства представлений, т. XXI, ч. 2, ст. 202.

Пептонурія у паралитиковъ, т. XXI, ч. 1, ст. 184.

Первичное умственное замѣшательство, т. XXI, ч. 1, ст. 194,—200.

Периферическіе нервы и прогрессирующий параличъ, т. XXI, ч. 1, ст. 218.

Печень и сумашествіе, т. XXI, ч. 2, ст. 172,—174.

Періодическій нейropsychозъ, т. XXI, ч. 2, ст. 190.

Періодическая параноза, т. XXII, ч. 1, ст. 116.

Переменяющаяся хромота вслѣдствіе облитерации сосудовъ, т. XXII, ч. 1, ст. 130.

Пеллягрозные и желудочный химизмъ, т. XXI, ч. 2, ст. 163.

Пирамидальныя клѣтки корки при хорѣ, т. XXI, ч. 1, ст. 220.

Пневмонія и психозы, т. XXII, ч. 2, ст. 179.

Помѣшательство послѣдихорачное, т. XXI, ч. 2, ст. 218.

Подвѣшиванія при разстройствахъ зрѣнія, т. XXI, ч. 1, ст. 137.

Помѣшательство и его происхожденіе, т. XXI, ч. 3, ст. 143.

Почечныя и душевныя болѣзни, т. XXI, ч. 3, ст. 166; т. XXII, ч. 2, ст. 202.

Почечный сокъ и его вырѣскиваніе при вырѣзанныхъ почкахъ, т. XXII, ч. 2, ст. 125.

Преступность органическая, т. XXI, ч. 1, ст. 137.

Преатактическое атрофическое поражение нервов, т. XXI, ч. 1, ст. 211.

Представления при параноѣ, т. XXI, ч. 2, ст. 202.

Преступление и расстройство душевной дѣятельности, т. XXI, ч. 3, ст. 187.

Преступление и сумашествіе у женщинъ, т. XXI, ч. 3, ст. 192.

Причины нервныхъ болѣзней, т. XXI, ч. 1, ст. 1; ч. 3, ст. 68.

Прирожденный сифилисъ, т. XXI, ч. 1, ст. 202.

Причины прогрессивнаго паралича, т. XXI, ч. 1, ст. 204; т. XXII, ч. 2, ст. 184.

Причины идиопатической эпилепсiи, т. XXI, ч. 1, ст. 213; т. XXII, ч. 2, ст. 194.

Прогрессивный параличъ чувствительность и рефлексы при немъ, т. XXI, ч. 1, ст. 193.

Прогрессивнаго паралича причины, т. XXI, ч. 1, ст. 204; т. XXII, ч. 2, ст. 184.

Прогрессивный параличъ и расстройства рѣчи, т. XXI, ч. 1, ст. 206.

Произвольное расширение зрачковъ, т. XXI, ч. 1, ст. 212.

Прогнозъ при эпилепсiи, т. XXI, ч. 1, ст. 214.

Прогрессивный параличъ и периферическіе нервы, т. XXI, ч. 1, ст. 218.

Прогрессивный параличъ и нѣкоторыя мозговья локализации, т. XXI, ч. 2, ст. 169.

Прогрессивный параличъ и зрачки, т. XXI, ч. 2, ст. 207.

Прогрессивный параличъ и осязаніе, обоняніе и вкусъ, т. XXI, ч. 2, ст. 207.

Происхождение помѣшательства, т. XXI, ч. 3, ст. 143.

Прогрессивный параличъ и бредъ гравидозности, т. XXI, ч. 3, ст. 191.

Проводящіе пути мозга, т. XXII, ч. 1, ст. 103.

Прогрессивный параличъ и галлюцинаціи, т. XXII, ч. 2, ст. 183.

Прогрессивная хорѣя, т. XXII, ч. 1, ст. 118.

Прогрессивный параличъ и его анатомія, т. XXII, ч. 1, ст. 126.

Прогрессивный параличъ и tabes, т. XXII, ч. 1, ст. 131; ч. 2, ст. 172.

Прогрессивный параличъ у женщинъ, т. XXII, ч. 2, ст. 36, —136; т. XXI, ч. 2, ст. 173.

Прогрессивный параличъ и глазныя расстройства, т. XXII, ч. 2, ст. 175.

Психическая дѣятельность и кровообращеніе, т. XXI, ч. 1, ст. 181.

Психическая эпилепсiя, т. XXI, ч. 1, ст. 187; т. XXII, ч. 1, ст. 194.

Психозы и хорѣя, т. XXII, ч. 2, ст. 185.

Психозы и травматизмъ, т. XXI, ч. 1, ст. 217.

Психозы въ дѣтскомъ возрастѣ, т. XXII, ч. 2, ст. 186.

Психозы и страданія желудка, т. XXI, ч. 2, ст. 191.

Психическое возбужденіе и гидротерапія, т. XXI, ч. 2, ст. 200.

Психозъ послѣ холеры, т. XXI, ч. 3, ст. 136.

Психіатрія, т. XXII, ч. 1, ст. 105.

Психозы и Базедова болѣзнь, т. XXII, ч. 1, ст. 128.

Психозы и измѣненія въ мозговой коркѣ, т. XXII, ч. 1, ст. 134.

Психическое леченіе морфинизма, т. XXII, ч. 2, ст. 193.

Пуэрперальныя психозы, т. XXI, ч. 2, ст. 205,—220.

Пуэрперальная эклампсiя, т. XXI, ч. 3, ст. 151.

Пьянство, его причины и леченіе, т. XXI, ч. 1, ст. 212.

Пьянство и періодичность, т. XXII, ч. 2, ст. 191.

Пьяницы и заведенія для нихъ т. XXII, ч. 2, ст. 192.

## Р.

Разстройство рѣчи у помѣшанныхъ, т. XXI, ч. 1, ст. 189; ч. 3, ст. 155.

Разстройство рѣчи и прогрессивный параличъ, т. XXI, ч. 1, ст. 206.

Разстройство представленій при параноѣ, т. XXI, ч. 2, ст. 202.

Разводъ и сумашествіе, т. XXI, ч. 1, ст. 222.

Разводъ и антропологическая наука, т. XXII, ч. 2, ст. 166.

Райнадовская болѣзнь и сифились, т. XXII, ч. 1, ст. 142.

Рефлексъ колѣнный при сифились, т. XXI, ч. 3, ст. 138.

Рефлекторныя вліянія какъ причина эпилепсіи, т. XXI, ч. 3, ст. 149.

Рефлекторныя разстройства какъ причина эпилепсіи, т. XXII, ч. 2, ст. 194.

Роды и задержка умственного развитія, т. XXI, ч. 1, ст. 207.

## С.

Самочувствіе и кровяное давленіе, т. XXI, ч. 1, ст. 210.

Самооговоръ въ состояніи алкогольной меланхолиі, т. XXI, ч. 2, ст. 139.

Сахаръ и моча въ мочѣ душевно-больныхъ, т. XXI, ч. 3, ст. 140.

Самоубійства въ психіатрическихъ заведеніяхъ, т. XXII, ч. 1, ст. 106.

Самоотравленіе, т. XXII, ч. 2, ст. 124,—126.

Самообвиненіе у душевно-больныхъ, т. XXII, ч. 2, ст. 128.

Свинцовый общій параличъ, т. XXI, ч. 1, ст. 199.

Свинцовое отравленіе и нервная система, т. XXI, ч. 1, ст. 212.

Свидѣтельскія показанія душевно-больныхъ, т. XXII, ч. 2, ст. 127.

Сексуальная интоксикація, т. XXI, ч. 3, ст. 173.

Сифилитическая эпилепсія, т. XXI, ч. 1, ст. 110.

Сифились нервный и его леченіе, т. XXI, ч. 1, ст. 194.

Сифились прирожденный, т. XXI, ч. 1, ст. 209.

Сифились мозга и афазія, т. XXI, ч. 1, ст. 207.

Сифились интракраниальный, т. XXI, ч. 1, ст. 216.

Сифились и діабетъ, т. XXI, ч. 1, ст. 216.

Сифились и душевныя болѣзни, т. XXI, ч. 2, ст. 24.

Симпатическій шейный нервъ и его вазомоторное вліяніе, т. XXI, ч. 2, ст. 167.

Сифились и нервныя заболѣванія у дѣтей, т. XXI, ч. 2, ст. 183.

Сириноміэлія, т. XXI, ч. 2, ст. 208.

Сифились и микседема, т. XXI, ч. 2, ст. 217.

Сифились наследственный и гемиплегія, т. XXI, ч. 3, ст. 100.

Сифились и колѣнный рефлексъ, т. XXI, ч. 1, ст. 138.

Сифились и tabes, т. XXI, ч. 3, ст. 179.

Сифилитическій церебральный артеритъ, т. XXI, ч. 3, ст. 181.

Сифились и общій параличъ, т. XXI, ч. 3, ст. 183; ч. 2, ст. 132;

т. XXII, ч. 1, ст. 123; ч. 2, ст. 161.

Syphilis hereditaria tarda, т. XXI, ч. 3, ст. 183.

Симпатическіе узлы и ихъ анатомія, т. XXI, ч. 3, ст. 184.

Симпатической нервной системы клетки, т. XXI, ч. 3, ст. 185.

Сифилитическій спинной параличъ, т. XXI, ч. 3, ст. 196.

Сифились вторичный и эпилепсія, т. XXII, ч. 1, ст. 122.

Сифилитическій міэлитъ, т. XXII, ч. 1, ст. 134.

Сифились наследственный и райнадовская болѣзнь, т. XXII, ч. 1, ст. 142.

Симпатическіе узлы и ихъ отравленія, т. XXII, ч. 1, ст. 144.

Сиденгамовская острая хорея, т. XXII, ч. 2, ст. 129.

Сифилитическая параллелія, т. XXII, ч. 2, ст. 172.

Слѣпота двусторонняя и затылочные доли, т. XXI, ч. 2, ст. 166.

Слабость и раздражительность, т. XXI, ч. 2, ст. 188.

Слуховые центры, т. XXII, ч. 2, ст. 168.

Смерть насильственная душевно-больной Адасонъ, т. XXII, ч. 2, ст. 148.

Сонъ эпилептической натуры, т. XXII, ч. 2, ст. 195.

Спорадическій кретинизмъ, т. XXI, ч. 2, ст. 148.

Спинно-мозговые узлы при tabes, т. XXI, ч. 2, ст. 198.

Спинная сухотка и зрительные нервы, т. XXI, ч. 8, ст. 131.

Спинальный сифилитическій параличъ, т. XXI, ч. 3, ст. 196; т. XXII, ч. 2, ст. 1.

Ступоръ при душевныхъ заболеванияхъ, т. XXII, ч. 1, ст. 116.

Status epilepticus и ядовитость урины, т. XXII, ч. 2, ст. 125.

Судебно-психіатрическое значеніе насильственныхъ представлений, т. XXI, ч. 1, ст. 209.

Сумашествіе и развитіе, т. XXI, ч. 1, ст. 222.

Сумашествіе и печень, т. XXI, ч. 2, ст. 172, — 174.

Судебно-психіатрическіе случаи изъ Болгаріи, т. XXI, ч. 3, ст. 103.

Сумашествіе и менструація, т. XXI, ч. 3, ст. 179.

Сумашествіе и преступленіе у женщинъ, т. XXI, ч. 3, ст. 192.

Сухотка и ломкость костей, т. XXII, ч. 2, ст. 201.

Сѣрный углеродъ и нейроты, т. XXII, ч. 1, ст. 130.

#### Т.

Табетическая артропатія, т. XXI, ч. 2, ст. 183; т. XXII, ч. 2, ст. 152.

Tabes и спинномозговые узлы, т. XXI, ч. 1, ст. 198.

Tabes и сифилисъ, т. XXI, ч. 3, ст. 179.

Tabes и меркуріальное леченіе, т. XXII, ч. 1, ст. 123.

Tabes и прогрессивный параличъ, т. XXII, ч. 1, ст. 131; ч. 2, ст. 172.

Табетическая желудочная гиперсекреція, т. XXII, ч. 2, ст. 178.

Tabes и ломкость костей, т. XXII, ч. 2, ст. 201.

Терапевтическое значеніе франклинизации, т. XXI, ч. 2, ст. 152.

Тикъ, т. XXII, ч. 1, ст. 139.

Тикъ конвульсивный съ насильственными движеніями, т. XXII, ч. 2, ст. 178.

Токсическое и бактериуубивающее свойство крови душевно-больныхъ, т. XXI, ч. 1, ст. 179.

Тоска нейрастеническая, т. XXI, ч. 1, ст. 188.

Токсическій психозъ, т. XXI, ч. 1, ст. 194; т. XXII, ч. 1, ст. 114.

Токсичность мочи у душевно-больныхъ, е. XXII, ч. 2, ст. 125, — 126.

Травматическій факторъ въ психозахъ, т. XXI, ч. 1, ст. 217.

Триональ и тегрональ, какъ лечебное средство, т. XXI, ч. 2, ст. 201.

Транзиторная амблиопія, т. XXII, ч. 2, ст. 179.

Трепанация и эпилепсія, т. XXII, ч. 3, ст. .

Туберкулезъ и идиотія, т. XXII, ч. 2, ст. 188.

#### У.

Уголовно-антропологическая школа, т. XXII, ч. 1, ст. 113.

Уремія и каталептическія явленія, т. XXII, ч. 2, ст. 178.

#### Ф.

Физиопатологія лимфатическихъ путей мозга, т. XXI, ч. 2, ст. 153.

Фиксированныя идеи, т. XXII, ч. 1, ст. 115.



Folie du doute, т. XXI, ч. 2, ст. 172; т. XXII, ч. 1, ст. 138.

Франклинизация и терапевтическое ее значение, т. XXI, ч. 2, ст. 152.

## Х.

Характеръ дѣяній душевно-больныхъ, т. XXII, ч. 1, ст. 110.

Характеръ душевныхъ разстройствъ при автointоксикаціяхъ, т. XXII, ч. 2, ст. 126.

Хирургическое леченіе идиотіи, т. XXI, ч. 1, ст. 199; т. XXII, ч. 2, ст. 182.

Хирургическое леченіе эпилепсін, т. XXI, ч. 1, ст. 215; ч. 3, ст. 150.

Химія головного мозга у человека, т. XXII, ч. 1, ст. 109.

Хинный психозъ, т. XXII, ч. 2, ст. 188.

Хирургическо-токсическій методъ изслѣдованія мозговой корки, т. XXII, ч. 3, ст. 1.

Хорея электрическая, т. XXI, ч. 1, ст. 160.

Хорея и эпилепсія по отношенію къ возбудимости мозговой корки, т. XXI, ч. 1, ст. 186.

Хорея и пирамидальныя кліткы мозговой корки, т. XXI, ч. 1, ст. 220.

Холера и душевныя болѣзни, т. XXI, ч. 2, ст. 178; ч. 3, ст. 136; т. XXII, ч. 1, ст. 137.

Хорея наследственная, т. XXI, ч. 2, ст. 220.

Хорея хроническая, т. XXI, ч. 3, ст. 151.

Хорея острая, Сиденгамовская, т. XXII, ч. 2, ст. 129.

Хорея и душевное состояніе, т. XXII, ч. 2, ст. 175.

Хорея паралитическая, т. XXII, ч. 2, ст. 176.

Хорея Сиденгамовская со смертельнымъ исходомъ, т. XXII, ч. 2, ст. 176.

Хорея и психозы, т. XXII, ч. 2, ст. 185.

## Ц.

Центры сфинктеровъ мочевого пузыря и прямой кишки, т. XXI, ч. 1, ст. 136.

Церебральная атрофія дѣтскаго возраста, т. XXII, ч. 1, ст. 142.

## Ч.

Черепъ идиотовъ, т. XXII, ч. 2, ст. 127.

Чечевичное ядро и его пораженіе, т. XXII, ч. 2, ст. 181.

Чина и спастическій параличъ, т. XXI, ч. 3, ст. 140.

Чувствительность у душевно-больныхъ, т. XXI, ч. 1, ст. 183.

Чувствительность и рефлексъ у прогрессивныхъ паралитиковъ, т. XXI, ч. 1, ст. 193.

## Э.

Эдема мѣстная скоропроходящая, т. XXI, ч. 1, ст. 226.

Эдема острая ограниченная, т. XXII, ч. 1, ст. 119,—120.

Экзалгия при нервныхъ и душевныхъ болѣзняхъ, т. XXI, ч. 1, ст. 185.

Экзофтальмъ и эпилепсія, т. XXI, ч. 1, ст. 214.

Эклампсія пуэрперальная, т. XXI, ч. 3, ст. 151.

Электрическая хорея и гастрическая миоклонія, т. XXI, ч. 1, ст. 180.

Электричество и осмосъ тканей, т. XXII, ч. 1, ст. 105.

Эмотивность и Меньеровская болѣзнь, т. XXI, ч. 2, ст. 177.

Эпилепсія сифилитическая, т. XXI, ч. 1, ст. 110.

Эпилепсія и хорея по отношенію къ возбудимости мозговой корки, т. XXI, ч. 1, ст. 186.

Эпилепсія психическая, т. XXI, ч. 1, ст. 187; т. XXII, ч. 2, ст. 194.

Эпилепсія и истерія совместно, т. XXI, ч. 1, ст. 191.

Эпилепсія и инфекция, т. XXI, ч. 1, ст. 192.

Эпилепсія и лечение ея средствами, производящими судорги, т. XXI, ч. 1, ст. 192.

Эпилепсія и лечение ея секціей симпатическаго шейнаго нерва, т. XXI, ч. 1, ст. 193; т. XXII, ч. 1, ст. 122.

Эпилепсія гастрическая, т. XXI, ч. 1, ст. 200.

Эпилепсія и лечение ея бромистымъ стронціемъ, т. XXI, ч. 1, ст. 200.

Эпилепсія идиопатическая и ея причины, т. XXI, ч. 1, ст. 213.

Эпилептики и движенія ихъ во время сна, т. XXI, ч. 1, ст. 213.

Эпилепсія абсентной мѣстонахожденіе, т. XXI, ч. 1, ст. 214.

Эпилепсія и экзофтальмъ, т. XXI, ч. 1, ст. 214.

Эпилепсія и дѣтскія судорги, т. XXI, ч. 1, ст. 214.

Эпилепсія и прогнозъ, т. XXI, ч. 1, ст. 214.

Эпилептики и колоніи, т. XXI, ч. 1, ст. 214.

Эпилепсія и хирургическое ея лечение, т. XXI, ч. 1, ст. 215; ч. 2, ст. 197,—198; ч. 3, ст. 150.

Эпилепсія и лечение ея борнокислымъ натромъ, т. XXI, ч. 2, ст. 165.

Эпилептические приступы и альбуминурия, т. XXI, ч. 2, ст. 174.

Эпилепсія и мѣстная асфиксія, т. XXI, ч. 2, ст. 175.

Эпилептический приступъ и кровообращеніе, т. XXI, ч. 2, ст. 194.

Эпилепсія и ея лечение впрыскиваніями нормальнаго нервнаго вещества, т. XXI, ч. 2, ст. 197.

Эпидемическій спинно-мозговой менингитъ, т. XXI, ч. 3, ст. 140.

Эпидемія спастическаго паралича, вызваннаго чинной, т. XXI, ч. 3, ст. 140.

Эпилепсія и діета при ней, т. XXI, ч. 3, ст. 147.

Эпилепсія Джексоновская, т. XXI, ч. 3, ст. 147.

Эпилепсія и рефлекторныя вліянія, т. XXI, ч. 3, ст. 149.

Эпилепсія и при ней вкусъ и обоняніе, т. XXI, ч. 3, ст. 182.

Эпилепсія и глазная мигрень, т. XXI, ч. 3, ст. 186.

Эпилепсія и амоніевъ рогъ, т. XXI, ч. 3, ст. 190.

Эпилепсія и новый способъ ея леченія, т. XXII, ч. 1, ст. 120.

Эпилепсія джексоновская, какъ проявленіе вторичнаго сифилиса, т. XXII, ч. 1, ст. 132.

Эпилепсія и носовыя пораженія, т. XXII, ч. 1, ст. 129.

Epilepticus status и ядовитость мочи, т. XXII, ч. 2, ст. 125.

Эпилепсія и высокія дозы брома, т. XXII, ч. 2, ст. 177.

Эпилепсія и какъ причина ея рефлекторныя разстройства, т. XXII, ч. 2, ст. 194.

Эпилептической природы сонъ, т. XXII, ч. 2, ст. 195.

Эпилептический интервалъ, т. XXII, ч. 2, ст. 195.

Эпилепсія и трепанация, т. XXII, ч. 3, ст. 48.

Эритромелалгія, т. XXI, ч. 3, ст. 105.

Эритронсія при общемъ параличѣ, т. XXII, ч. 2, ст. 171.

Эссенціальная эпилепсія и ея патогенезъ, т. XXI, ч. 2, ст. 174.

Эхинококкъ мозга, т. XXI, ч. 1, ст. 178.

## Ю.

Юношескій общій параличъ, т. XXII, ч. 1, ст. 142; ч. 2, ст. 202.

## Я.

Ядовитость мочи у душевнобольныхъ, т. XXI, ч. 2, ст. 163; т. XXII, ч. 2, ст. 125.

Ядовитость мочи при status epilepticus, т. XXII, ч. 2, ст. 125.

Яичекъ атрофія и нервныя разстройства, т. XXI, ч. 3, ст. 160.

# БОЛЬНИЧНАЯ ГАЗЕТА БОТКИНА.

Выходит еженедѣльно (52 № въ годъ), въ размѣрѣ отъ 1—2  
печатныхъ листовъ.

Будетъ издаваться въ 1894 году проф. Н. И. Соколовымъ и глав-  
ными врачами С.-Пб. больницы: В. І. Алышевымъ, А. А. Не-  
чаевымъ, С. В. Посадскимъ, В. Н. Сиротининымъ, С. С. Вот-  
кинымъ. Подъ редакціей В. Н. Сиротинина.

Подписка принимается въ редакціи (С.-Петербургъ, Выборгская сто-  
рона, Община св. Георгія) и во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.

Подписная цѣна за годъ 8 р. съ доставкой. За полгода 4 р. 50 к.

**„Вѣстникъ общественной гігіены, судебной и практ. медицины“,  
издаваемый Медицинскимъ Департаментомъ Министе-  
рства Внутреннихъ Дѣлъ.**

Условія подписки: съ 1891 года, кромѣ врачей, служащихъ по Ми-  
нистерству Внутреннихъ Дѣлъ, на журналъ могутъ подписываться,  
съ платой шести рублей въ годъ гг. военные, земскіе врачи, жен-  
щины-врачи, врачи при заводахъ, фабрикахъ и т. д. (Вольно-  
практикующіе врачи и лица не врачебнаго сословія уплачивають  
семь рублей въ годъ).

## „ВѢСТНИКЪ ВОСПИТАНІЯ“.

Научно-популярный, предназначаемый для родителей и воспитателей

„Вѣстникъ“ будетъ состоять изъ слѣдующихъ отдѣловъ:

1) Оригинальныя и переводныя статьи, относящіяся къ вы-  
ясненію всего, касающагося семейнаго и школьнаго воспитанія.  
2) Критико-историческія статьи. 3) Мелкія сообщенія—  
рефераты. 4) Хроника. 5) Библіографія. 6) Приложенія—  
литературно-педагогическія статьи, очерки, рассказы, воспитанія  
и проч. 7) Объявленія.

„Вѣстникъ“ будетъ выходить книжками въ 6—8 листовъ и болѣе, во-  
семь разъ въ годъ, а именно: въ первые четыре мѣсяца года; въ те-  
ченіе же четырехъ лѣтнихъ мѣсяцевъ журналъ выходить не будетъ.

Цѣна журнала въ годъ безъ доставки 5 р., съ доставкой  
и пересылкой 6 р., въ полгода 3 р.

Подписка и объявленія принимаются: въ конторѣ редакціи (Москва,  
Малая Бронная, Дѣтская больница кварт. Главн. Д-ра) и во всѣхъ  
лучшихъ книжныхъ магазинахъ обихъ столицъ. Гг. иногородныхъ  
просятъ обращаться прямо въ редакцію журнала.

Редакторъ-издатель д-ръ Е. А. Покровский.

XX

Ч.

СТ

Т.

СВ

Т.

Ч.

Ч.

СТ

СТ

пр

вр

ХО

Х

Т.

Ч.

Ч.

ле

Ч.

КВ

СТ

бу

Т.

В

КВ

В

М

ДВ

Ч.

Т.

Х

Годъ двѣнадцатый.

1894.

Томъ XXIII—№ 1.

АРХИВЪ

# ПСИХІАТРІИ, НЕЙРОЛОГІИ

и

СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГІИ,

издаваемый подъ редакціей П. Н. Ковалевскаго,

проф. психіатріи и нервныхъ болѣзней при Харьк. университетѣ.

Въ журналѣ принимаютъ участіе:

П. М. Автократовъ, Э. И. Андрузскій, М. А. Аристовъ, Н. Н. Важенковъ, проф. В. М. Бехтеревъ, В. А. Брянцевъ, С. А. Бѣляковъ, Я. А. Боткинъ, Н. М. Васильевъ, В. Н. Васяткинъ, Я. В. Гирсонъ, Э. В. Гутниковъ, А. А. Говсѣевъ, В. О. Галенко, А. М. Головина, А. Р. Грунау, В. Е. Дидрихсонъ, Н. Добро-творскій, А. П. Драгомановъ, И. Д. Ждановъ, И. Н. Егезарьянцъ, В. И. Ергольскій, Е. Н. Ковалевская, проф. С. С. Корсаковъ, Н. П. Каменевъ, Н. В. Краинскій, П. Н. Лащенко, И. П. Лебедевъ, Н. Н. Львовъ, Мальшицъ, проф. Н. А. Миславскій, Н. И. Мухавъ, Д. І. Орбели, И. Я. Платоновъ, П. П. Платовъ, Н. М. Плохинскій, А. А. Петровъ, проф. Н. М. Поповъ, М. Н. Поповъ, А. О. Поповъ, Д. И. Поляковъ, Г. И. Россолимо, А. И. Роте, В. Сербскій, М. В. Слуцкій, С. Н. Совѣтовъ, К. П. Сулима, А. В. Тимошеевъ, В. А. Тихомировъ, А. А. Токарскій, П. А. Троицкій, Я. Я. Трутовскій, В. Н. Тусновъ, проф. В. Ф. Чижъ, С. И. Штейнбергъ, А. И. Ющенко, А. А. Яковлевъ и друг.

Подписная цѣна 8 руб., экземпляры 1886, 87, 88, 89, 90, 91 и 92 гг. по 4 руб., 1895—10 руб. и 1893—5 руб.; подписка принимается въ Харьковѣ, Ново-Чернышевская ул., № 1.

Харьковъ, Типографія Зильберберга. Рыбная ул., № 25.



Въ редакціи „Архивъ психіатріи, неврологіи и судебной психопатологіи“,

Ново-Чернышевская, № 1-й.

**МОЖНО ИМѢТЬ СЛѢДУЮЩІЯ КНИГИ:**

**Проф. П. И. Ковалевскій, Психіатрическіе эскизы изъ исторіи.** 1892. Ц. 1 р.

**Іоаннъ Грозный и его душевное состояніе.** Изд. 2-е. 1893 г. Ц. 1 р.  
**Сумашествіе (Amentia—Meynert'a)** Ц. 1 руб.

**Сифилисъ мозга и его леченіе.** 2-е изданіе, 1894 г. Ц. 2 р.

**Компендіумъ нервныхъ и душевныхъ болѣзней.** 1891 г. Ц. 1 р. 25 к.

**Леченіе душевныхъ и нервныхъ болѣзней.** Изд. 2-е. Ц. 2 р.

**Хорезъ и хорезмическое сумашествіе,** 1890. Ц. 50 к.

**Пьянство, его причины и леченіе.** Изд. 2, 1889. Ц. 50 к.

**Основы механизма душевной дѣят.** Изд. 2-е исправл. и дополн. Ц. 1 р.

**Положеніе душевно-болѣзныхъ въ Россійской Имперіи** Ц. 50 к.

**Психіатрія, 2 т. I т.—общая психопатологія, II-й т.—спеціальная психіатрія.** Изд. 4-е. Ц. 4 р. 1891.

**Судебно-психіатрическіе анализы (для медиковъ и юристовъ)** 2-й т., изд. 2-е. Ц. 4 р. 50 к.

**Первичное поминательство (для медиковъ и юристовъ).** Ц. 1 р. 50 к.

**Михаилъ Поповъ, Пятигорскъ и его цѣлебные источники.** Въ изящномъ переплетѣ. Ц. 1 р.

**Prof. Ribot, Различныя формы характера,** переводъ Д. Н. Стефановскаго. Ц. 35 к.

**Prof. Meynert, Клиническія лекціи по психіатріи,** пер. К. Н. Ковалевской, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1890. Ц. 1 р. 50 к.

**Prof. Binswanger, Сумашествіе и преступленіе.** Перев. А. Н. Герстфельда и О. Н. Герстфельда, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго, 1889. Ц. 30 к.

**Kerr, Пьянство, его причины, леченіе и судебно-медицинское значеніе.** Пер. К. Н. Ковалевской и М. Е. Ліона, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1889. Ц. 2 р.

**Dr Löwenfeld, Современные способы леченія истеріи и нейрастеній.** Переводъ Н. И. Мухина, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. 1889. Ц. 1 р.

**Richet, Истеро-эпилепсія.** Перев. подъ редакціей проф. Ковалевскаго, съ 180 рис. Ц. 5 р.

**Dr Cullere, Границы сумашествія (Les frontières de la folie).** Перев. К. Н. Ковалевской и Е. Н. Герстфельда, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. 1889. Ц. 1 р. 50 к.

**Dr Cullere, Гигіена нервныхъ людей и нейропатологъ.** Перев. К. Н. Ковалевской, подъ ред. проф. Ковалевскаго. 1888. Ц. 1 р. 50 к.

**Remak, Электродіагностика и электролеченіе.** Перев. К. Н. Ковалевской, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. 1888. Ц. 1 р.

**Scholz, Діететика духа.** Перев. К. Н. Ковалевской и Е. Н. Герстфельда, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. 1888. Ц. 1 р. 50 к.

**Byrom Bramwell, Болѣзни спинного мозга.** Пер. М. А. Шульгина, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 5 р.

**Meynert, Психіатрія.** Перев. М. Е. Ліона, подъ ред. проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 3 р.

**Prof. Gowers, Болѣзни головного мозга.** Перев. А. А. Говсѣева, подъ редакц. проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 1 р. 50 к.

**Prof. Charcot, Лекціи по нервнымъ болѣзнямъ.** Переводъ подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. Ц. 1 р.

**Thudichum, Физиологическая химія головного мозга.** Перев. М. Е. Ліона. Ц. 2 р.

**Robert von Pfungen, О разстройствѣ ассоціацій.** Переводъ М. Е. Ліона. Ц. 1 р.

**Dr Pierson, Компендіумъ нервныхъ болѣзней.** Переводъ Н. И. Мухина, подъ редакціей проф. П. И. Ковалевскаго. Въ изящномъ переплетѣ. 1886. Ц. 1 р. 50 к.

Выписывающіе всѣ эти книги изъ редакціи „Архива психіатріи“ за пересылку ничего не платятъ.

Студенты кромѣ того пользуются уступкою отъ 20 до 50%.

Годъ двѣнадцатый.

1894.

Томъ XXIII—№ 1.

АРХИВЪ

# ПСИХІАТРІИ, НЕЙРОЛОГІИ

и

СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГІИ,

издаваемый подъ редакціей П. Н. Ковалевскаго,

проф. психіатріи и нервныхъ болѣзней при Харьк. университетѣ.

Въ журналѣ принимаютъ участіе:

П. М. Автократовъ, Э. И. Андрузскій, М. А. Аристовъ, Н. Н. Важеневъ, проф. В. М. Бехтеревъ, В. А. Брянцевъ, С. А. Бѣляковъ, Я. А. Боткинъ, Н. М. Васильевъ, В. Н. Васяткинъ, Я. В. Гиршовъ, З. В. Гутниковъ, А. А. Говсѣевъ, В. О. Галенко, А. М. Головина, А. Р. Грунау, В. Е. Дидрихсонъ, Н. Добро-творскій, А. П. Драгомановъ, И. Д. Ждановъ, И. Н. Егезарьянцъ, В. И. Ергольскій, Е. Н. Ковалевская, проф. С. С. Корсаковъ, Н. П. Каменевъ, Н. В. Краинскій, П. Н. Лашенко, И. П. Лебедевъ, Н. Н. Львовъ, Мальшинъ, проф. Н. А. Миславскій, Н. И. Мухинъ, Д. І. Орбели, И. Я. Платоновъ, П. П. Платовъ, Н. М. Плохинскій, А. А. Петровъ, проф. Н. М. Поповъ, М. Н. Поповъ, А. О. Поповъ, Д. И. Поляковъ, Г. И. Россолимо, А. И. Роте, В. Сербскій, М. В. Слуцкій, С. Н. Совѣтовъ, К. П. Сулима, А. В. Тимошеевъ, В. А. Тихомировъ, А. А. Токарскій, П. А. Троицкій, Я. Я. Трутовскій, В. Н. Тусновъ, проф. В. Ф. Чижъ, С. И. Штейнбергъ, А. И. Ющенко, А. А. Яковлевъ и друг.

Подписная цѣна 8 руб., экземпляры 1886, 87, 88, 89, 90, 91 и 92 гг. по 4 руб., 1885—10 руб. и 1893—5 руб.; подписка принимается въ Харьковѣ, Ново-Чернышевская ул., № 1.

Харьковъ, Типографіи Зильберберга. Рыбная ул., № 25.

# ОГЛАВЛЕНІЕ.

	Стр.
Д-ръ М. Н. Поповъ, Сифилитическая нейрастенія . . . . .	1
Проф. В. Ф. Чижевъ, О методахъ научной психологіи . . . . .	46
Д-ръ В. Н. Ергольскій, Преступленіе первично-помѣшаннаго . . . . .	60
Д-ръ А. Д. Давыдовъ, Къ вопросу о татуированіи среди преступниковъ . . . . .	69
Проф. П. И. Ковалевскій, Менструальное состояніе и менструальныя психозы . . . . .	71

**Библиографія:** Проф. И. А. Сикорскій, Психопатическая эпилемія въ 1892 г. въ Кіевской губерніи, 132.—Д-ръ А. А. Говсневъ, Симуляція душевныхъ болѣзней и патологическое притворство, 133.—Д-ръ Г. И. Россомимо, Къ фізіологіи музыкальнаго таланта, 133.—Д-ръ Я. В. Рыбалкинъ, Два случая дисбазии, 134.—Д-ръ Б. С. Грейденбергъ, О душевномъ разстройствѣ при Базедовой болѣзни, 135.—Dr Roncoroni, Фізіологическій генезъ эпилеміи, 136.—Dr Del Greco, Темпераментъ эпилептиковъ, 137.—Dr Roncoroni, Эпилемія вслѣдствіе травматическаго поврежденія лобныхъ долей, 139.—Dr Marino, Послѣэпилептическая контрактура, 139.—Dr Fronda, Къ ученію о хроническомъ бредѣ, 140.—Dr Del Greco, Сенсоріальный бредъ при различныхъ формахъ паранои, 140.—Prof. Massolongo, Фізіопатологія хроническаго ревматизма, 143.—Dr Penta, Лечение миксадемы, 143.—Dr Peri, Объ измѣненіи въ центральной и периферической нервной системы при острой инаніици, 144.—Dr Margocchi и Antonini, Зобъ и сумашествіе, 144.—Dr Fronda, Случай кишечнаго гельминтиза и конпростазы въ связи съ маіакальнымъ припадкомъ, 145.—Dr Sante de Sanctis, Періонтометрическія изслѣдованія у дегенератива, 146.—Dr Supino, Химическія и клиническія изслѣдованія при Адисоновой болѣзни, 147.—Dr Luzenberger, Мерицизмъ при нейрастеніи, 147.—Dr Gucci, Paramioclonus multiplex hereditarius, 148.—Dr Sgobbo Francesco, Измѣненія церебральнаго пульса у человѣка въ теченіе приложенія гальваническаго тока на голову и на шейный симпатическій нервъ, 148.—Prof. Grimaldi, Гиперкинезія и психозы, 152.—Dr D'Abundo, Наблюденія надъ малолѣтними преступниками, 154.—Prof. Rossi, О болѣзни Friedreich'a 155.—Dr Angiolella, Къ ученію о Базедовой болѣзни, 156.—Dr Ventra, О трехъ особенныхъ случаяхъ нейрастеніи, 157.—Dr Rossi, Сѣрная кислота въ мочѣ душевно-больныхъ, 159.—Dr Luzenberger, О явленіи рефлекторной электрической чувствительности, пренебрегаемой въ электротерапіи, 169.—Dr Colella, О тонкихъ измѣненіяхъ церебральной корки при псейдопараличахъ, 162.—Dr Angrisani, Замѣтки о клинической терапіи душевныхъ болѣзней, 163.—Prof. Fournier, Клиническія формы сифилитической нейрастеніи, 167.—Dr Vigouroux, Нейрастенія и артритизмъ, 168.—Dr Lefevre, Нейрастенія токсическаго происхожденія, 168.—Dr Lyman, Ревматизмъ нервной системы, 169.—Dr Blocq, Эпилемія, сифилисъ и tabes, 169.—Dr Holm, Анатомія и патогенезъ эпилеміи, 169.—Dr Lemoine, Paramioclonus multiplex и психическое разстройство, 169.—Dr Mesnard, Явленія со стороны мочевого пузыря при нейрастеніи и истеріи, 170.—Dr Triboulet, Роль инфекции въ хорей, 170.—Dr Pianese, Инфекціонное происхожденіе Сиденгамовской хорей, 170.—Dr Duchateau, Патогенія Сиденгамовской хорей, 171.—Prof. Fournier, Tabes и paralysis progressiva, 171.—Dr Stojanowitch, Tabes и общій параличъ, 172.—Dr Renard, Рефлексы въ общемъ параличѣ, 172.—Dr Toulouse, Юношескій прогрессивный параличъ, 172.—Dr Klippel, Нейритическій общій псейдо-параличъ, 172.—



**АРХИВЪ  
ПСИХІАТРІИ, НЕЙРОЛОГІИ  
И  
СУДЕБНОЙ ПСИХОПАТОЛОГІИ.**

